Santé Canada Health Canada

Votre santé et votre sécurité... notre priorité. *Your health and safety... our priority.*

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Gestion publique Intégralité Universalité Transférabilité Accessibilité

RAPPORT ANNUEL
2011–2012

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Il est déterminé à améliorer la vie de toute la population et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2011-2012
est disponible sur Internet à l'adresse suivante :

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/index-fra.php

Also available in English under the title:

Canada Health Act — Annual Report 2011–2012

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse : 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613-957-2991
Sans frais : 1 866 225-0709
Télécopieur : 613-941-5366

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2012

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre l'information (ou le contenu de la publication ou produit), sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, ou par photocopie, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Ontario K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

SC Pub. : 120144

Cat. : H1-4/2012F
ISSN : 1702-0891

REMERCIEMENTS

Santé Canada tient à souligner le travail qui a été exécuté et les efforts qui ont été déployés aux fins de la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur la mise en application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé et Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé et Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Santé Manitoba

Santé Saskatchewan

Santé Alberta

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Il faut également souligner le travail considérable réalisé par notre équipe de production, notamment le personnel de l'unité de l'éditique, les services de traduction, de révision et de concordance, ainsi que le personnel de Santé Canada, à la direction centrale et dans les bureaux régionaux.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements ____ i

Introduction ____ 1

Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé ____ 3

Chapitre 2 – Application et conformité ____ 13

Chapitre 3 – Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2011-2012 ____ 19

- Terre-Neuve-et-Labrador ____ 21
- Île-du-Prince-Édouard ____ 31
- Nouvelle-Écosse ____ 39
- Nouveau-Brunswick ____ 51
- Québec ____ 61
- Ontario ____ 67
- Manitoba ____ 81
- Saskatchewan ____ 93
- Alberta ____ 103
- Colombie-Britannique ____ 113
- Yukon ____ 127
- Territoires du Nord-Ouest ____ 137
- Nunavut ____ 145

Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs ____ 153

Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé ____ 175

Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé ____ 185

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ____ (à la fin de ce Rapport)

INTRODUCTION

Le Canada a un système de soins de santé essentiellement financé et administré par l'État. Le système canadien d'assurance-santé est une mosaïque de 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, et il est conçu pour garantir à tous les habitants admissibles des provinces et territoires canadiens un accès satisfaisant à des services médicaux et à des services hospitaliers médicalement nécessaires, prépayés, sans qu'ils aient à payer des frais pour la prestation de services assurés.

Le système canadien actuel d'assurance-santé est le fruit de plus de cinq décennies d'évolution. La Saskatchewan a été la première province à établir un régime d'assurance-hospitalisation public universel en 1947. Dix ans plus tard, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) afin de partager le coût de ces services avec les provinces et les territoires. En 1961, les provinces et les territoires avaient tous des régimes publics d'assurance qui garantissaient un accès universel aux services hospitaliers. La Saskatchewan a encore une fois fait œuvre de pionnière en assurant les services médicaux à compter de 1962. Le gouvernement du Canada a promulgué la *Loi sur les services médicaux* en 1966 pour partager avec les provinces et les territoires le coût des services médicaux assurés. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux avaient été élargis pour inclure les services médicaux.

En 1979, à la demande du gouvernement fédéral, le juge Emmett Hall a entrepris un examen de l'état des services de santé au Canada. Dans son rapport, il affirmait que les services de santé au Canada étaient parmi les meilleurs au monde, mais signalait que la surfacturation pratiquée par les médecins et les frais modérateurs exigés par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité universelle aux soins. Ce rapport et le débat national qu'il a soulevé ont conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé au Canada et qui définit les principes nationaux régissant le système canadien, à savoir la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ces principes symbolisent les valeurs canadiennes que sont l'équité et la solidarité.

Les rôles et les responsabilités à l'égard du système de soins de santé du Canada sont partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. L'administration et la prestation des services de soins de santé relèvent d'abord des gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces gouvernements fixent donc leurs propres priorités, administrent leurs budgets de santé et gèrent leurs propres ressources. Le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, détermine les critères et les conditions que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter pour que les provinces et les territoires aient droit à la pleine contribution pécuniaire qui leur revient au titre du Transfert canadien en matière de santé.

Chaque année, le ministre fédéral de la Santé doit rendre compte au Parlement de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, comme le prévoit l'article 23 de la Loi. Le moyen utilisé à cette fin est le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé. Même s'il s'adresse d'abord aux parlementaires, le rapport est un document public qui rend compte en détail des services de santé assurés dans chaque province et territoire. Le rapport annuel est structuré de manière à satisfaire aux obligations de rapport prévues dans la Loi; ainsi, son objet n'est pas de commenter l'état du système de soins de santé canadien dans sa globalité.

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent généralement les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, lorsque des cas possibles de non-conformité à la Loi surviennent, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour l'application de la Loi. L'imposition de sanctions financières sous forme de déductions des paiements du Transfert canadien en matière de santé n'est considérée qu'en dernier recours, quand toutes les autres options pour régler un différend par la collaboration ont été épuisées. Conformément à l'engagement pris par les premiers ministres dans l'Entente-cadre sur l'union sociale de 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (sauf celui du Québec) ont convenu par un échange de lettres, en avril 2002, d'un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*. Ce processus a été officialisé dans l'Accord de 2004 des premiers ministres. Malgré les dispositions prévues dans le processus pour le règlement des différends, le ministre fédéral de la Santé reste l'ultime responsable de l'interprétation et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

En 2011-2012, les frais exigés des patients et le resquillage pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires en clinique privée demeuraient des sujets de préoccupation majeurs concernant le respect de la *Loi canadienne sur la santé*. Santé Canada en a fait part aux provinces qui permettent ces pratiques.

CHAPITRE 1

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Le chapitre 1 présente la *Loi canadienne sur la santé*, ses exigences, ses principales définitions ainsi que son Règlement et ses dispositions réglementaires. Il comprend également des résumés des lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé, soit M. Jake Epp et M^me^ Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, lettres qui sont utilisées dans l'interprétation et l'application de la Loi, de même qu'un aperçu de la lettre de l'ancienne ministre fédérale Anne McLellan, adressée à ses homologues des provinces et des territoires, au sujet du processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé*. Un aperçu historique de l'évolution des transferts fédéraux en matière de santé suit.

QU'EST-CE QUE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ?

La *Loi canadienne sur la santé* est l'instrument législatif fédéral qui régit le régime d'assurance-maladie financé par l'État. Elle énonce l'objectif premier de la politique canadienne des soins de santé, qui est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre. »

La Loi établit les critères et les conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de s'assurer que tous les habitants admissibles du Canada ont un accès satisfaisant à des services médicalement nécessaires prépayés, sans avoir à payer des frais pour la prestation de services assurés.

Principales définitions de la Loi canadienne sur la santé

Les assurés sont les habitants admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la Loi, un habitant est une « personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les personnes non visées par la Loi sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada[1] et les détenus des pénitenciers fédéraux.

Les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire (accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement) médicalement nécessaires qui sont fournis aux assurés.

Selon la définition donnée dans la Loi, les services hospitaliers assurés sont les services médicalement nécessaires fournis aux malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée; les services infirmiers; les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux; l'usage des installations de radiothérapie; l'usage des installations de physiothérapie et les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital. Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers assurés les services exclus par les règlements.

Selon la définition donnée dans la Loi, les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin. Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés par les médecins de concert avec le régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital, qui ne peuvent être dispensés convenablement qu'en un tel établissement.

1. Le 29 juin 2012, à l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient enlevés de la liste des personnes non visées de la définition des assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Selon la définition donnée dans la Loi, les services complémentaires de santé englobent certains aspects des soins de longue durée en établissement (soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes) et les éléments des services de soins à domicile et de soins ambulatoires qui ont trait à la santé.

EXIGENCES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* renferme neuf exigences auxquelles les provinces et les territoires doivent satisfaire pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en santé, c'est-à-dire :

- Cinq critères de programme qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés;
- Deux conditions qui s'appliquent aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé;
- les dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Les critères

1. Gestion publique (article 8)

Le critère de gestion publique, défini à l'article 8 de la *Loi canadienne sur la santé*, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. Ce critère vise à ce que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux soient gérés sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial ou territorial de ses décisions sur les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses dossiers. Cependant, le critère n'empêche pas l'autorité publique de sous-traiter les services administratifs nécessaires pour gérer les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Le critère de gestion publique vise uniquement l'administration des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et n'empêche pas les fournisseurs ni les établissements privés de fournir des services de santé assurés, à la condition que des frais pour ces services ne soient pas imposés aux habitants admissibles.

2. Intégralité (article 9)

Le critère d'intégralité prévu dans la Loi exige que le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (services de chirurgie dentaire qui doivent être dispensés en milieu hospitalier) et, lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par d'autres professionnels de la santé.

3. Universalité (article 10)

Suivant le critère d'universalité, tous les habitants assurés d'une province ou d'un territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. En règle générale, les provinces et les territoires exigent des habitants qu'ils s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

Les nouveaux arrivants au Canada, comme les immigrants ou les Canadiens qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger, peuvent être assujettis à un délai de carence d'au plus trois mois, imposé par la province ou le territoire, avant d'être admissibles aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

Les habitants qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire doivent continuer d'être protégés par le régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire « d'origine » pendant le délai de carence imposé, s'il y a lieu, par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé. Cependant, il incombe aux habitants de signaler leur départ au régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire et de s'inscrire au régime d'assurance-santé de leur nouvelle province ou de leur nouveau territoire.

Les habitants qui s'absentent temporairement de leur province ou de leur territoire d'origine ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur territoire d'origine pour une durée déterminée sans que cela affecte leur couverture par le régime d'assurance-santé.

Le critère de transférabilité n'autorise pas une personne à chercher à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Il lui permet plutôt de recevoir les services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsqu'elle s'absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou des vacances.

Lorsque des assurés s'absentent temporairement pour aller dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité exige que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Lorsque des assurés quittent temporairement le pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs de la province d'origine.

Pour que la protection s'étende à certains services non urgents, un assuré qui quitte temporairement sa province ou son territoire d'origine peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire d'origine.

5. Accessibilité (article 12)

Le critère d'accessibilité vise à garantir aux assurés d'une province ou d'un territoire un accès satisfaisant aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans restriction, directe ou indirecte, sous forme de frais modérateurs, de surfacturation ou par d'autres moyens (p. ex., la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

De plus, le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire doit prévoir :

- une rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
- le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès satisfaisant sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires a été interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les habitants d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés là où les services sont offerts et suivant la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

Les conditions

1. Renseignements [alinéa 13a)]

Aux fins de la Loi, les gouvernements des provinces et des territoires sont tenues de communiquer au ministre fédéral de la Santé les renseignements dont il peut normalement avoir besoin concernant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

2. Reconnaissance [alinéa 13b)]

Les gouvernements des provinces et des territoires doivent faire état des contributions financières fédérales aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont énoncées aux articles 18 à 21 de la Loi. S'il peut être confirmé qu'il y a de la surfacturation ou des frais modérateurs dans une province ou un territoire, la Loi exige qu'une déduction soit faite à même le transfert pécuniaire fédéral destiné à cette province ou à ce territoire. Le montant de la déduction pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé d'après les renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs décrit ci-après.

Surfacturation (article 18)

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation d'un service de santé assuré dispensé à un assuré par un médecin ou un dentiste (c'est-à-dire un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier), en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour ce service par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Par exemple, si un médecin exige une somme d'un patient pour une consultation en cabinet déjà couverte par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, la somme demandée constitue une surfacturation. Étant considérée comme un obstacle pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux, la surfacturation contrevient donc au critère d'accessibilité.

Frais modérateurs (article 19)

La Loi définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, mais non payables par le régime, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Par exemple, si un patient se voit imposer des frais pour un service assuré reçu dans un hôpital ou une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la Loi et, comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

AUTRES ÉLÉMENTS DE LA LOI

Règlements (article 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral de prendre des règlements en application de la Loi pour :

- définir les services inclus dans la définition de « services complémentaires de santé » donnée dans la *Loi canadienne sur la santé*;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;

- déterminer les genres de renseignements dont le ministre fédéral de la Santé peut normalement avoir besoin, ainsi que les délais et la méthode de communication de ces renseignements;
- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Jusqu'à présent, le seul règlement pris en application de la Loi est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui exige que les provinces et les territoires fournissent une estimation des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Il leur prescrit également de fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les frais estimatifs puissent être faits (une copie du Règlement figure à l'annexe A).

Pénalités prévues par la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

Aux termes de la Loi, les provinces et les territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une déduction obligatoire d'un montant équivalent à leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, s'il a été établi qu'une province ou un territoire a autorisé une surfacturation de 500 000 $ de la part de médecins, la contribution pécuniaire fédérale destinée à cette province ou à ce territoire sera réduite du même montant.

Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou les territoires qui ne satisfont pas aux deux conditions et aux cinq critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* s'exposent à une pénalité discrétionnaire. Le montant de la déduction du paiement de transfert fédéral au titre du TCS est établi en fonction de la gravité du manquement.

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation à entreprendre auprès de la province ou du territoire visé, avant l'imposition d'une pénalité discrétionnaire. Les dispositions de la Loi concernant les pénalités discrétionnaires n'ont pas été appliquées jusqu'à présent.

PERSONNES ET SERVICES EXCLUS

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* exige que les services de santé assurés soient offerts aux assurés dans le respect des conditions et des critères qui y sont énoncés, ce ne sont pas tous les habitants du Canada ni tous les services de santé qui sont visés. Deux catégories d'exclusion sont prévues :

- les services qui ne sont pas des services de santé assurés au sens de la Loi;
- certains groupes de personnes et certains services qui ne sont pas des assurés ou des services assurés au sens de la Loi.

Ces exclusions sont traitées ci-après.

Services exclus

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires offrent une gamme d'autres services et programmes. Ces services et programmes sont fournis à la discrétion des provinces ou territoire, selon leurs propres conditions, et peuvent varier de l'une ou l'un à l'autre. Parmi les services supplémentaires possiblement offerts, mentionnons l'assurance-médicaments, les services ambulanciers et les services d'optométrie.

Souvent, les services supplémentaires offerts par les provinces et les territoires visent des groupes en particulier (p. ex., les enfants, les aînés ou les bénéficiaires de l'aide sociale) et peuvent être couverts en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas jugés médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés en vertu des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée (sauf si elle est prescrite par un médecin), les soins infirmiers privés et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons: les consultations téléphoniques; la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs et les centres de conditionnement physique; les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

De plus, la définition de « services de santé assurés » exclut les services auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex., les réfugiés) ou d'une loi relative aux accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

Personnes exclues

La définition d'« assuré » dans la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada[2] nommés à un grade et les personnes qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Le gouvernement du Canada couvre ces personnes au moyen de programmes fédéraux distincts.

Par ailleurs, d'autres catégories d'habitants, notamment les immigrants ayant obtenu le droit d'établissement et les Canadiens qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger peuvent être assujettis à un délai de carence imposé par une province ou un territoire. La Loi stipule que ce délai ne peut pas dépasser trois mois.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés date d'avant l'adoption de la Loi et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés par l'État.

Vous trouverez, à l'adresse http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/faq-fra.php, un document regroupant les réponses aux questions posées fréquemment au sujet des régimes d'assurance-maladie financés par l'État.

LETTRES SUR L'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

Deux énoncés de politique principaux clarifient la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres figurent à l'annexe B du présent rapport.

Lettre Epp

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* par le Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la Loi.

Issue de plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires, la lettre du ministre Epp renfermait des énoncés des intentions stratégiques fédérales qui clarifiaient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces précisions ont été utilisées par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

Lettre Marleau - Politique fédérale sur les cliniques privées

De février à décembre 1994, il y a eu sept réunions fédérales, provinciales et territoriales entièrement ou partiellement axées sur les cliniques privées. Il était question de la multiplication de cliniques privées qui offraient des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients et de ses retombées sur le système canadien de soins de santé universel financé par l'État.

À la réunion fédérale, provinciale et territoriale des ministres de la Santé tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, sauf la ministre de l'Alberta, ont convenu « d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé d'alors, Diane Marleau, a écrit à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicalement nécessaires dans une clinique privée. Dans sa lettre, elle signalait que la définition d'« hôpital » dans la *Loi canadienne sur la santé* comprenait tout établissement public qui offre des soins de courte ou de longue durée ou des soins de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial paie les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire fourni dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à une déduction des paiements de transfert fédéraux.

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

En avril 2002, dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux, la ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan, décrivait un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avait convenu l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec. Le processus satisfait au désir des gouvernements fédéral, des provinces et des territoires d'éviter les différends reliés à l'interprétation des principes de la Loi et, lorsqu'il est

2. Le 29 juin 2012, à l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient enlevés de la liste des personnes non visées de la définition des assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

impossible de le faire, de régler les différends de façon rapide, équitable et transparente.

Le processus comprend les activités de prévention des différends liées à l'échange de renseignements entre les gouvernements; l'étude et la clarification des questions au fur et à mesure qu'elles se posent; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé* et les évaluations préalables de la *Loi canadienne sur la santé*, sur demande.

Lorsque les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut renvoyer les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et prodigue des conseils et des recommandations.

Le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir final d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions de la Loi relatives aux manquements, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

L'annexe C renferme une copie de la lettre de la ministre McLellan.

ÉVOLUTION DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Subventions visant l'établissement de programmes

La contribution fédérale aux soins de santé provinciaux remonte à la fin des années 1940 avec la création du Programme national de subventions à la santé. Ces subventions étaient alors considérées comme essentielles à un système de soins de santé national. Alors que ces subventions étaient principalement utilisées pour bâtir l'infrastructure canadienne des hôpitaux, elles servaient aussi à soutenir des initiatives dans des domaines comme la formation professionnelle, la recherche en santé publique, la lutte contre la tuberculose et le traitement du cancer. Vers le milieu des années 1960, les provinces recevaient au total plus de 60 millions de dollars annuellement.

Vers le milieu des années 1950, en raison de la pression publique, le gouvernement fédéral a accepté d'offrir un appui financier aux provinces pour les aider à mettre en place des programmes d'assurance-maladie. En janvier 1956, le gouvernement fédéral a soumis des propositions concrètes aux provinces en vue de la création progressive d'un programme d'assurance-maladie, dont la priorité serait l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic. Les discussions sur ces propositions ont mené à l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. La mise en œuvre du programme Assurance-hospitalisation et services diagnostiques (AHSD) a commencé en juillet 1958, date à laquelle cinq provinces, soit Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba, offraient des régimes d'assurance-hospitalisation. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participaient au programme.

La deuxième étape de l'intervention fédérale d'appui aux programmes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux est le résultat des recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). Dans son rapport final, déposé en 1964, la Commission Hall recommande l'établissement d'un nouveau programme qui permettrait à tous les Canadiens d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires (services médicaux, en dehors du cadre hospitalier).

La *Loi sur les soins médicaux* a été présentée au Parlement au début de décembre 1966 et a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. La mise en œuvre du Programme d'assurance des soins médicaux a commencé le 1er juillet 1968. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires participaient au programme.

À l'origine, la contribution fédérale aux programmes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux était établie en fonction des montants déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), le gouvernement fédéral remboursait environ 50 % des coûts de l'assurance-hospitalisation. En vertu de la *Loi sur les soins médicaux* (1966), la contribution fédérale était égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province ou territoire. Les protocoles de financement fondés sur les subventions conditionnelles se poursuivirent jusqu'à ce qu'une tentative de bloquer le financement survienne au cours de l'exercice 1977-1978.

Financement des programmes établis

Le 1er avril 1977, le financement accordé par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés a été remplacé par un transfert de fonds global avec des exigences générales quant au maintien de la norme minimale des services de santé avec l'adoption de la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*. Aussi connue sous le nom de Loi sur

le FPE, la nouvelle loi prévoit le versement de contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les services hospitaliers et les soins médicaux assurés (y compris l'éducation postsecondaire) qui ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales. Plutôt, l'exercice 1975-1976 est désigné comme l'année de référence pour les contributions fédérales versées dans le cadre des programmes existants à frais partagés et les contributions sont augmentées en fonction du taux de croissance du produit national brut et de l'accroissement de la population.

En vertu de la Loi sur le FPE et des accords de financement subséquents, le montant total en matière de santé auquel les provinces et les territoires ont droit est maintenant composé de transferts de fonds et de transferts fiscaux relativement égaux. Le transfert fiscal fédéral consiste en la cession, par le gouvernement fédéral, d'une « marge fiscale » aux provinces et aux territoires, ce qui permet au gouvernement de réduire ses taux d'imposition afin que les provinces et les territoires puissent hausser les leurs d'un montant équivalent. Avec le transfert fiscal en matière de santé dans le cadre du financement des programmes établis (FPE), les variations des taux fédéraux compensent celles des taux provinciaux et territoriaux, de sorte qu'il n'y a aucune incidence nette pour les contribuables. Le montant total des transferts de droit en matière de soins de santé n'a pas changé.

La Loi sur le FPE comprend également un nouveau transfert au Programme des services complémentaires de santé. Ce groupe de services de santé, dont font partie les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins ambulatoires et les aspects des soins à domicile au sujet de la santé, constitue un mécanisme de financement global, à raison de 20 $ par personne pour l'exercice 1977-1978, et est assujetti au même facteur de progression que les services de santé assurés. Cette portion du transfert au titre du FPE est à toute fin inconditionnelle comparativement au transfert au titre des services assurés, n'étant pas assujettie aux critères de prestation de programmes.

En vertu du cadre législatif applicable, le gouvernement du Canada devait retenir tous les transferts mensuels au titre des soins de santé si une province ou un territoire ne satisfaisait pas aux conditions. Ce paragraphe n'est pas clair. Il faudrait peut-être préciser que le mécanisme était peut-être trop dur pour être un jour appliqué. Ce n'est qu'au moment de la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, que des dispositions particulières de déductions sont entrées en vigueur, permettant des déductions à parts égales pour la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que des déductions discrétionnaires dans les cas où les régimes provinciaux et territoriaux ne satisfont pas entièrement autres dispositions énoncées dans la Loi. Ces conditions et obligations sont toujours en vigueur à ce jour.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux

Dans son budget de 1995, le gouvernement fédéral a annoncé une restructuration de la Loi sur le FPE, qui deviendra la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, laquelle comporte des dispositions particulières concernant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le nouveau transfert « omnibus » ou global, applicable à partir de 1996-1997, combine le financement de santé et d'éducation postsecondaire de la Loi sur le FPE et le financement du Régime d'assistance publique du Canada (accord fédéral-provincial de partage des coûts des services sociaux). Lorsque le TCSPS est entré en vigueur, le 1er avril 1996, les provinces et les territoires ont reçu des transferts monétaires et fiscaux du TCSPS plutôt que des droits en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du financement des programmes établis. La valeur combinée du montant du FPE et du RAPC était plus élevée que celle du TCSPS fourni aux provinces et aux territoires, ce qui correspondait au besoin de restrictions budgétaires au moment de l'introduction du TCSPS. La loi d'exécution du budget pour 1995 et 1996 prévoyait le total des montants à transférer (transfert en espèces et transfert fiscal) au titre du TCSPS pour les années suivantes et fixait à 11 milliards de dollars le plancher annuel du volet monétaire, applicable jusqu'en 2002-2003.

Le nouveau financement global devait permettre de reconnaître le bien-fondé des critères nationaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, et de maintenir la norme nationale relative au RAPC, selon laquelle aucune période de résidence minimale ne peut être exigée ou permise concernant l'assistance sociale. Les services complémentaires de santé ont continué à être fournis en vertu de la Loi, sous condition de communiquer les renseignements nécessaires et de faire état de la contribution du gouvernement fédéral, tel qu'il est énoncé à l'article 13 de la Loi. Ces exigences demeurent inchangées depuis 1984.

Dans la nouvelle loi, le pouvoir de paiement auparavant exercé par Santé Canada est transféré au ministère des Finances. Cependant, le ministre fédéral de la Santé demeure responsable de recommander au gouverneur en conseil le montant des déductions ou des retenues conformément aux conditions et critères de la Loi, notamment :

- de déterminer le montant des déductions conformément aux dispositions de la Loi quant à à la surfacturation et aux frais modérateurs;
- de communiquer ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement.

De 1997 à 2000, le volet monétaire du TCSPS, notamment le plafond des transferts en espèces, a été majoré plusieurs fois. En 1998, le plafond des transferts en espèces est passé à 12,5 milliards de dollars. Avec le retour aux excédents budgétaires, le gouvernement fédéral a annoncé, dans son budget de 1999, un montant additionnel de 11,5 milliards de dollars au titre des soins de santé. De ce montant, huit milliards de dollars ont été versés sous forme de transferts en espèces au cours des quatre exercices suivants. Le solde de 3,5 milliards de dollars a été versé dans un fonds de fiducie théoriquement attribuée sur trois exercices pour permettre aux provinces et aux territoires de disposer d'une certaine latitude quant au moment de puiser dans les fonds. Le budget de 2000 octroyait aux provinces et aux territoires une somme additionnelle de 2,5 milliards de dollars au titre des soins de santé, sous forme d'un autre fonds de fiducie théoriquement attribuée sur quatre exercices.

Accords de 2000 et de 2003 sur la santé : Accroissement et restructuration de l'appui du gouvernement fédéral en santé

En 2000 et en 2003, les premiers ministres se sont réunis pour discuter des soins de santé, se concentrant sur la réforme, la reddition de comptes et les exigences de financement. En 2000, le gouvernement fédéral a annoncé de nouveaux investissements de 23,4 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer le renouvellement des soins de santé et le développement de la petite enfance. Ceci représentait un investissement supplémentaire de 21,1 milliards de dollars pour augmenter ses contributions pécuniaires au titre du TCSPS, de 1,8 milliard de dollars pour les programmes ciblés (équipement médical et réforme des soins de santé primaires) ainsi que de 500 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada.

En 2003, le gouvernement s'engageait à verser 36,8 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer les secteurs prioritaires de la réforme de la santé (soins primaires, soins à domicile et couverture des médicaments onéreux). Ceci conférait une augmentation de 14 milliards de dollars des transferts dans le cadre du TCSPS et un montant de 16 milliards de dollars au titre du Transfert pour la réforme des soins de santé, ainsi qu'un montant de 1,5 milliard de dollars pour les équipements médicaux. Tous ces montants s'ajoutaient au 5,3 milliards de dollars au titre des dépenses fédérales directes en santé pour les technologies de l'information sur la santé, les initiatives de santé chez les Autochtones, la sécurité des patients et d'autres initiatives fédérales liées à la santé.

Le gouvernement fédéral a également accepté de restructurer le TCSPS afin d'accroître la transparence et la responsabilisation de l'appui fédéral pour la santé.

Transfert canadien en matière de santé

Le 1er avril 2004, le TCSPS a été restructuré en deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada à maintenir les conditions et critères nationaux de la *Loi canadienne sur la santé*. Le TCPS, un financement global appuyant l'éducation postsecondaire ainsi que les services d'assistance sociale et autres services sociaux, continue à accorder aux provinces et aux territoires la souplesse nécessaire pour affecter des fonds à certains programmes sociaux, en fonction de leurs priorités respectives.

Les paiements effectués aux termes de la Loi dans le cadre du TCSPS sont subdivisés entre les nouveaux transferts, la contribution en espèces et en points d'impôt prévue pour chaque transfert étant fonction des habitudes de dépenses des provinces et des territoires dans les domaines visés par les transferts : 62 % pour le TCS et 38 % pour le TCPS.

Plan décennal pour consolider les soins de santé de 2004

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé prévoyait une augmentation des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires. Signée par tous les premiers ministres le 16 septembre 2004, cette initiative engageait le gouvernement du Canada à apporter une aide supplémentaire de 41,3 milliards de dollars sur dix ans jusqu'en 2013-2014 en financement aux provinces et aux territoires pour la santé, dont 35,3 milliards de dollars en augmentation au TCS, 5,5 milliards de dollars pour la réduction des temps d'attente et 500 millions de dollars pour les équipements diagnostiques et médicaux.

Budget de 2007

Pour rétablir l'équilibre financier au Canada, le budget de 2007 faisait en sorte que tous les principaux arrangements fiscaux soient fondés sur des principes et assurés à long terme, jusqu'en 2013-2014. Afin que tous les Canadiens, indépendamment de l'endroit où ils vivent, bénéficient d'un traitement comparable, le budget garantissait, au moyen d'une loi, un montant égal par habitant pour le TCPS, à compter de 2007-2008, et pour le TCS, à compter du moment où prendra fin le Plan décennal pour consolider les soins de santé en 2013-2014. De plus, le budget de 2007 prévoyait un investissement supplémentaire d'un milliard de dollars afin d'aider les provinces et les territoires à instaurer des garanties concernant les temps d'attente, notamment à mettre en œuvre les initiatives proposées par Inforoute Santé du Canada.

Changements récents dans les transferts

Comme l'a annoncé le gouvernement du Canada en décembre 2011, et comme il est prévu dans la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, le TCS continuera à augmenter à un taux annuel de six pour cent pour une autre période de trois ans après 2013-2014 (c'est-à-dire jusqu'en 2016-2017). À compter de 2017-2018, l'augmentation du TCS correspondra à la moyenne mobile sur trois ans de la croissance du produit intérieur brut nominal, la majoration garantie du financement étant d'au moins trois pour cent par année. Ainsi, les transferts en santé seront portés à un sommet historique estimés à 40 milliards de dollars d'ici la fin de la décennie.

Donnant suite à la législation de 2007 qui prévoit une transition vers le versement d'une somme égale par habitant dans le cadre du TCS à compter de 2014-2015, la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* garantit une transition financièrement responsable en assurant une protection, de sorte qu'aucune province ni aucun territoire ne recevra au cours des années ultérieures, à la suite du passage aux montants égaux par habitant, une montant moindre que celui versé en 2013-2014.

Il est possible d'obtenir sur demande des renseignements supplémentaires sur les ententes de financements fédérales, provinciales ou territoriales auprès du ministère des Finances ou en consultant le site Web suivant :

http://www.fin.gc.ca/access/fedprov-fra.asp

CHAPITRE 2

APPLICATION ET CONFORMITÉ

APPLICATION

Le ministre fédéral de la Santé met en application la *Loi canadienne sur la santé* avec l'aide du personnel de l'administration centrale et des bureaux régionaux de Santé Canada et celle du ministère de la Justice.

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans la Loi et s'efforce constamment de régler les questions par la consultation, la collaboration et la coopération.

La Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé de Santé Canada est responsable de la mise en application de la Loi. Les fonctionnaires de la Division à Ottawa et leurs collègues des bureaux régionaux de Santé Canada ont pour fonctions permanentes :

- de surveiller et d'analyser les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux pour en vérifier la conformité aux critères et aux conditions de la Loi, ainsi qu'à ses dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- de diffuser des renseignements à propos de la Loi et des programmes d'assurance-santé publics au Canada;
- de répondre aux demandes de renseignements concernant la Loi et aux questions relatives à l'assurance-santé, reçues par téléphone, par courrier ou par Internet de la part du public, de députés, de ministères, d'organismes intéressés ou des médias;
- de créer et d'entretenir des partenariats officiels et officieux avec les responsables de la santé au sein des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser l'échange de renseignements;
- de rédiger et de produire le Rapport annuel sur l'application et l'exécution de la *Loi canadienne sur la santé*;
- d'analyser les enjeux et de faire de la recherche stratégique en vue de donner des avis en matière de politique;
- de collaborer avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (voir ci-dessous);
- de travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de régler les problèmes de conformité à la Loi et de mener des activités favorisant le respect de cette dernière;
- d'informer le ministre fédéral de la Santé en cas d'éventuels manquements à la Loi et de recommander les mesures à prendre pour y remédier.

Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) et lui fournit des services de secrétariat. Créé en 1991, le CCEIAS aborde des questions liées à la facturation interprovinciale des services assurés médicaux et hospitaliers, ainsi qu'à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Le Comité surveille l'exécution des ententes interprovinciales en assurance-santé conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les dispositions de la Loi qui concernent la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes bilatérales entre les provinces et les territoires sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-santé est acceptée en guise de paiement lorsque le patient reçoit des services assurés médicaux ou hospitaliers dans une autre province ou territoire. La province ou le territoire qui fournit le service facture directement la province ou le territoire d'origine du patient. Toutes les provinces et tous les territoires ont conclu des ententes réciproques sur les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques sur les soins médicaux. Ces ententes font en sorte que les habitants du Canada qui voyagent au pays n'aient pas à payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins médicaux ou hospitaliers médicalement nécessaires. Toutefois, ces ententes sont conclues par les provinces et les territoires et ne sont pas exigées par la Loi.

CONFORMITÉ

Pour régler d'éventuels manquements à la Loi, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les fonctionnaires des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. La plupart du temps, les

questions sont résolues par la consultation et la discussion, en s'appuyant sur un examen approfondi des faits. Jusqu'à présent, la plupart des différends et des questions associés à l'application et à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* ont été traités et résolus sans qu'il faille imposer de déductions. Des déductions n'ont été appliquées que lorsque toutes les solutions proposées pour régler une question ont échoué.

Les employés de la Division de la Loi canadienne sur la santé et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la Loi. Parmi leurs sources d'information, mentionnons les fonctionnaires et les publications des gouvernements provinciaux et territoriaux, les reportages des médias, ainsi que la correspondance reçue du public et d'organisations non gouvernementales.

Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, de la Division de la Loi canadienne sur la santé, évalue les sujets de préoccupation et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements reliés à la question, ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut révéler des questions qui n'ont pas de rapport direct avec la Loi, ou d'autres qui peuvent en avoir, mais qui sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication, comme l'admissibilité à la couverture des services de santé et la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada, et qui sont résolues rapidement avec l'aide des provinces et des territoires.

Lorsqu'une question concernant la *Loi canadienne sur la santé* est déterminée mais non résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à la province ou le territoire en question d'enquêter et de leur faire part de ses conclusions. Le personnel de la Division discute de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. Seules les questions qui n'ont pu être réglées à la satisfaction de la Division selon cette procédure sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

QUESTIONS DE CONFORMITÉ

Pour la plupart, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux satisfont aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, en s'appuyant sur les rapports présentés à Santé Canada par les ministres provinciaux de la Santé, une déduction de 33 219 $ a été appliquée aux versements de mars 2012 au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) à l'intention de la Colombie-Britannique pour la surfacturation et les frais payés par les patients dans les cliniques chirurgicales en 2009-2010 et de 45 329 $ aux versements à l'intention de Terre-Neuve-et-Labrador pour la surfacturation et les frais payés par les patients pour des services de chirurgie dentaire en 2009-2010. De plus, une déduction de 13 350 $ a été appliquée au montant du TCS de septembre 2011 prévu pour Terre-Neuve-et-Labrador en raison d'un document reçu de cette province indiquant l'estimation de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en 2011-2012.

En 2011-2012, les fonctionnaires de Santé Canada ont porté plusieurs points à l'attention de certains ministères de la Santé provinciaux, principalement au sujet du resquillage et des frais imposés aux patients dans des cliniques privées pour des services médicalement nécessaires.

En mars 2011, les médias ont rapporté qu'une clinique de soins primaires privée de Calgary, imposant des frais d'inscription ainsi que des frais d'adhésion annuels, offrait à ses membres un accès privilégié à des médecins pour des services assurés, y compris après les heures normales d'ouverture. Santé Canada avait alors communiqué avec Santé et Mieux-être Alberta pour lui faire part de ses préoccupations, en lui précisant que les dispositions de la Loi interdisent que l'accès à des services assurés soit conditionnel au déboursement de frais. Santé et Mieux-être Alberta a donc mené une enquête et, en 2012, a confirmé à Santé Canada qu'il n'était pas obligatoire d'être membre de cette clinique pour obtenir les services assurés et que les membres ne bénéficiaient pas d'un accès plus rapide ou privilégié aux services assurés. Santé et Mieux-être Alberta a également indiqué qu'il allait procéder à une enquête de conformité officielle en 2013 pour s'assurer que les cliniques imposant des frais d'adhésion respectent les lois provinciales et fédérales.

En juin 2011, à la demande des membres de l'assemblée législative, la GRC a enquêté sur des allégations véhiculées dans les médias selon lesquelles Alberta Health Services se serait arrangé pour que des personnes importantes reçoivent des services de santé assurés plus rapidement. Santé Canada a communiqué avec Santé et Mieux-être Alberta au sujet de ces allégations. Dans leur réponse à Santé Canada, les fonctionnaires de Santé et Mieux-être Alberta ont indiqué que la GRC avait conclu qu'il n'y avait pas matière à procéder à une enquête criminelle et que le gouvernement de l'Alberta avait invité toutes les personnes ayant eu connaissance de telles pratiques à se manifester, mais personne ne l'a fait. Le 28 février 2012, le gouvernement de l'Alberta a annoncé qu'une enquête publique sur les allégations de resquillage serait effectuée en vertu de la *Health Quality Council of Alberta Act*, et il a nommé un commissaire pour diriger cette enquête en mars 2012. Santé Canada continue de surveiller la situation.

En août 2011, Santé Canada a appris qu'une clinique de Toronto annonçait un accès 24 heures sur 24 à des médecins et à des services d'urgence en retour de frais annuels, et

qu'une clinique d'Ottawa imposait des frais annuels pour l'accès à des médecins de famille ainsi que pour des rendez-vous avec des spécialistes, des services d'imagerie et des chirurgies sans attente. Dans les deux cas, les fonctionnaires de Santé Canada ont communiqué avec les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO) afin de porter à leur attention que des frais étaient peut-être imposés à des patients pour des services assurés, et que des services assurés étaient possiblement offerts plus rapidement aux personnes payant de tels frais. Les fonctionnaires du MSSLDO ont répondu qu'ils effectueraient une enquête et prendraient des mesures correctives fermes en fonction des exigences de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* de l'Ontario si cela s'avérait nécessaire.

En août 2011, Santé Canada a appris qu'un pédiatre de Whitby, en Ontario, exigeait des frais d'adhésion annuels en retour d'un accès à des services assurés en dehors des heures normales et refusait de voir des patients qui ne voulaient pas payer ces frais. Au cours du même mois, le CPSO (collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario) a déposé des accusations d'infraction disciplinaire contre ce médecin. En juin 2012, le comité de discipline du CPSO a déterminé que l'imposition des frais d'adhésion n'était pas conforme à la politique sur les honoraires forfaitaires et les services non assurés du collège. Santé Canada est présentement en communication avec le MSSLDO pour obtenir confirmation que les frais modérateurs seront remboursés aux patients.

En février 2012, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) a terminé son enquête au sujet d'une clinique de Montréal qui facturait des services qui devraient être entièrement couverts par le régime d'assurance-maladie de la province. Le rapport de la RAMQ mentionnait que les patients devaient payer pour ce que la clinique appelait des « Forfaits santé », en plus d'autres frais non autorisés par la RAMQ. Le rapport précisait également que les patients peuvent demander un remboursement à la RAMQ, qui s'occupera ensuite de recouvrer les sommes d'argent auprès de la clinique en question. Santé Canada a fait part de ses préoccupations quant à cette situation aux fonctionnaires du Québec en mars 2012 et il est satisfait de la façon dont la RAMQ a traité le dossier, c'est-à-dire en demandant à la clinique de changer ses pratiques.

En février 2012, on a rapporté dans les médias que le ministre de la Santé du Québec avait demandé au Collège des médecins du Québec d'enquêter sur certains chirurgiens soupçonnés d'avoir dit à des patients qu'ils pouvaient payer pour que leur chirurgie soit effectuée plus rapidement dans le système privé. Santé Canada a fait part de ses préoccupations quant à ces pratiques aux fonctionnaires de la province en février 2012 et il continue de surveiller la situation.

En février 2012, la Colombie-Britannique a demandé à Santé Canada si la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquait à un établissement qu'on propose de bâtir dans une réserve des Premières nations. La ministre fédérale de la Santé a confirmé que, comme la Loi s'applique à toutes les personnes assurées, dont les membres des Premières nations, qu'ils vivent ou non dans une réserve, la province est responsable de s'assurer que l'établissement en question et les activités qui s'y dérouleront, sont conformes aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé*.

HISTORIQUE DES DÉDUCTIONS ET DES REMBOURSEMENTS EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1er avril 1984, réitère l'engagement national aux principes originaux du système de soins de santé au Canada, intégrés aux lois précédentes, à savoir la *Loi sur les soins médicaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. Afin de cesser la prolifération de cas d'imposition directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'instituer des pénalités intégrales obligatoires en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le paragraphe 20(5) de la Loi prévoyait le remboursement des déductions relatives aux frais mentionnés ci-dessus aux provinces qui les auraient éliminés avant le 1er avril 1987. Au 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui pratiquaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris des mesures satisfaisantes pour éliminer ces pratiques. Par conséquent, en juin 1987, un montant total de 244 732 000 $ en déductions était remboursé au Nouveau Brunswick (6 886 000 $), au Québec (14 032 000 $), à l'Ontario (106 656 000 $), au Manitoba (1 270 000 $), à la Saskatchewan (2 107 000 $), à l'Alberta (29 032 000 $) et à la Colombie-Britannique (84 749 000 $).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la Loi, pendant laquelle les déductions pouvaient être remboursées aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la Loi n'a été imposée avant l'exercice 1994-1995. Veuillez consulter le tableau à la fin de la présente section pour obtenir un résumé des déductions et des remboursements effectués sur les paiements de transfert provinciaux ou territoriaux depuis 1994-1995.

Un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du

régime d'assurance-santé provincial et à faire payer leurs patients directement. Un certain nombre de ces médecins exigeaient un montant supérieur à celui que les patients pouvaient récupérer du régime d'assurance-santé provincial. Ce montant excédentaire constituait une surfacturation aux termes de la Loi. Des déductions, y compris des rajustements pour les années antérieures jusqu'à 1992-1993, ont commencé à être appliquées en mai 1994 et ont cessé en septembre 1995, date d'entrée en vigueur de modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique qui interdisaient la surfacturation par les médecins. Un montant total de 2 025 000 $ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Colombie-Britannique, pour cause de surfacturation de 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes celles qui ont suivi n'étaient pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé de l'époque, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de ses préoccupations au sujet de la création d'un système de santé à deux vitesses et de l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre de ses communications avec les provinces et les territoires, la ministre Marleau a annoncé que les provinces et les territoires auraient plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des pénalités financières leur seraient imposées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Par conséquent, à partir de novembre 1995, des montants ont été déduits des contributions pécuniaires versées à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador en raison de leur non-conformité à la politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, un montant total de 3 585 000 $ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à l'Alberta quant aux frais d'établissement exigés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1er octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires, dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-santé provincial.

De la même manière, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 280 430 $ a été déduit de la contribution pécuniaire accordée à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1er janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, un total de 2 055 000 $ a été déduit de la contribution pécuniaire au titre du TCSPS destinée au Manitoba; les déductions ont cessé le 1er janvier 1999, lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001-2002, une déduction mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) de 50 033 $ a été faite sur la contribution pécuniaire destinée au Manitoba au titre du TCSPS, à la lumière d'un état financier soumis par la province qui montrait que les montants réels des frais modérateurs exigés à l'égard de services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux déductions appliquées à partir d'estimations. Le total des déductions appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 $.

Avec la fermeture d'une clinique privée à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse se conformait à la politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 $ avait été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS parce que la province n'avait pas couvert les frais d'établissement imposés aux patients bien qu'elle ait payé les honoraires médicaux. Un montant final de 5 463 $ a été déduit des paiements de mars 2005 du TCS à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions déjà appliquées en 2002-2003 et un rajustement positif ponctuel de 8 121 $ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au paiement de mars 2006 au titre du TCS pour faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais modérateurs avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations provinciales signalées pour l'exercice financier 2003-2004.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un état financier, conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la *Loi canadienne sur la santé*, qui indiquait que les montants globaux réels exigés pour la surfacturation et les frais modérateurs imposés pendant l'exercice 2000-2001 s'élevaient à 4 610 $. Un montant de 4 610 $ a donc été déduit de la contribution pécuniaire de mars 2003 du TCSPS.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels exigés pendant l'exercice 2001-2002, contrevenant ainsi aux exigences du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 $ a été appliquée au paiement de mars 2004 au titre du TCSPS destiné à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001-2002 d'après les estimations de Santé Canada.

Depuis 2005, les déductions suivantes ont été appliquées aux paiements au titre du TCS destinés à la Colombie-Britannique pour la surfacturation et les frais modérateurs imposés dans la province (l'exercice auquel elles se rapportent est indiqué entre parenthèses) : 72 464 $ en mars 2005 (2002-2003); 29 019 $ en mars 2006 (2003-2004); 114 850 $ en mars 2007 (2004-2005); 42 113 $ en mars 2008 (2005-2006); 66 195 $ en mars 2009 (2006-2007); 73 925 $ en mars 2010 (2007-2008); 75 136 $ en mars 2011 (2008-2009); 33 219 $ en mars 2012 (2009-2010).

Une déduction de 1 100 $ a été appliquée au paiement de mars 2005 au titre du TCS destiné à Terre-Neuve-et-Labrador pour les frais imposés à un patient pour un examen IRM dans un hôpital au cours de l'exercice 2002-2003. Le paiement de mars 2007 au titre du TCS destiné à la Nouvelle-Écosse a été réduit de 9 460 $ pour la surfacturation pratiquée en 2004-2005.

En raison de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en 2008-2009, qui ont été signalés à Santé Canada par la province, une déduction de 3 577 $ a été appliquée au TCS versé à Terre-Neuve-et-Labrador en mars 2011. Une déduction de 13 350 $ a aussi été appliquée au versement de septembre 2011 au titre du TCS de Terre-Neuve-et-Labrador en fonction d'un document fourni par la province, dans lequel se trouvait l'estimation des frais modérateurs et de la surfacturation pour 2011-2012. Enfin, une déduction de 45 329 $ a été appliquée au paiement de mars 2012 au titre du TCS de Terre-Neuve-et-Labrador pour des frais ayant été facturés pendant l'exercice 2009-2010, selon les documents soumis à Santé Canada par la province.

Depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, d'avril 1984 à mars 2012, un total de 9 326 230 $ a été déduit des contributions pécuniaires aux provinces en application des dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs de la Loi. Ce montant exclut les déductions totales de 244 732 000 $ effectuées de 1984 à 1987, puis remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés.

Déductions et remboursements appliqués aux contributions pécuniaires au titre du TCPS/TCS conformément à la Loi canadienne sur la santé depuis 1994-1995 (en dollars)

PROVINCE/ TERRITOIRE	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
T.-N.-L.	0	46 000	96 000	128 000	53 000	(42 570)	0	0	0	0
Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N.-É.	0	32 000	72 000	57 000	38 950	61 110	57 804	35 100	11 052	7 119
N.-B.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ONT.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAN.	0	269 000	588 000	586 000	612 000	0	0	300 201	0	0
SASK.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALB.	0	2 319 000	1 266 000	0	0	0	0	0	0	0
C.-B.	1 982 000	43 000	0	0	0	0	0	0	4 610	126 775
YN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T.-N.-O.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**1 982 000**	**2 709 000**	**2 022 000**	**771 000**	**703 950**	**18 540**	**57 804**	**335 301**	**15 662**	**133 894**

PROVINCE/ TERRITOIRE	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	TOTAL
T.-N.-L.	1 100	0	0	0	0	0	3 577	58 679	**343 786**
Î.-P.-É.	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
N.-É.	5 463	(8 121)	9 460	0	0	0	0	0	**378 937**
N.-B.	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
QC	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
ONT.	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
MAN.	0	0	0	0	0	0	0	0	**2 355 201**
SASK.	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
ALB.	0	0	0	0	0	0	0	0	**3 585 000**
C.-B.	72 464	29 019	114 850	42 113	66 195	73 925	75 136	33 219	**2 663 306**
YN	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
T.-N.-O.	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
NU	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Total	**79 027**	**20 898**	**124 310**	**42 113**	**66 195**	**73 925**	**78 713**	**91 898**	**9 326 230**

Remarque : Les déductions pour un exercice donné sont appliquées aux contributions au titre du TCPS/TCS de ce même exercice et sont déclarées dans le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* de cet exercice. Les déductions appliquées au cours d'un exercice peuvent comprendre des rajustements apportés aux exercices précédents.

CHAPITRE 3

LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2011-2012

Le chapitre suivant présente les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui composent le système public d'assurance-santé au Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences des critères et conditions de programme de la *Loi canadienne sur la santé* en 2011-2012.

Les fonctionnaires des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les descriptions détaillées des régimes qui sont présentées au chapitre 3. L'information que Santé Canada a demandée aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour le rapport comporte deux volets :

- une description du système de soins de santé provincial ou territorial par rapport aux conditions et aux critères prévus par la Loi, qui se trouve à la suite du présent chapitre;
- des statistiques au sujet des services de santé assurés.

Alors que les provinces et les territoires ont tous soumis des descriptions détaillées de leurs régimes d'assurance-santé, le Québec a choisi de ne pas fournir les statistiques supplémentaires qui figurent dans les tableaux du rapport de cette année. L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et au contrôle de leur conformité aux exigences de la Loi, tandis que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles et futures relativement au système de soins de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires à préparer leur contribution au rapport annuel, Santé Canada leur a fourni le document intitulé Rapport annuel de 2011-2012 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé – Guide de mise à jour des présentations (Guide de l'utilisateur). Ce guide vise à aider les provinces et les territoires à satisfaire aux exigences de Santé Canada en matière de rapport. Les modifications qui y sont apportées chaque année découlent de l'analyse, effectuée par Santé Canada, des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports annuels précédents et de l'évaluation du Ministère des nouvelles questions d'intérêt liées aux services de santé assurés.

À la fin du printemps 2012, des téléconférences bilatérales avec chaque province et territoire et l'envoi du Guide de l'utilisateur mis à jour à chacune de ces provinces ou territoires ont donné le coup d'envoi au processus de production du Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* de 2011-2012.

DESCRIPTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ

Pour le chapitre qui suit, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux et territoriaux de fournir une description de leur régime d'assurance-santé. Ces descriptions respectent les critères de programme énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* pour montrer comment les régimes satisfont aux critères de la Loi. La description comporte aussi des renseignements sur les moyens pris par chaque province et territoire pour reconnaître, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*, la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Avec le temps, la partie du rapport annuel consacrée aux statistiques fournies par les provinces et les territoires a été simplifiée et rationalisée à partir des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux et territoriaux et à la lumière d'examens de la qualité et de la disponibilité des données. Les tableaux de statistiques supplémentaires figurent à la suite de la description du régime de chaque province et territoire, à l'exception de celles du Québec.

Les tableaux statistiques visent à mettre en contexte l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et à donner un aperçu national des tendances de prestation et de financement des services de santé assurés au Canada qui tombent sous le coup de la Loi fédérale.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts reliés aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2012. Toute l'information provient de fonctionnaires provinciaux et territoriaux.

Malgré les efforts déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux rendent compte des programmes et des services de soins de santé. Par conséquent, aucune comparaison n'est faite entre les provinces et les territoires. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la qualité et de l'intégralité des données qu'ils fournissent.

ORGANISATION DES RENSEIGNEMENTS

Les renseignements dans les tableaux sont regroupés selon les neuf sous-sections décrites ci-après.

Personnes inscrites : Le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé de chaque province ou territoire.

Services hospitaliers assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent la prestation de services hospitaliers assurés aux résidents de la province ou du territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services hospitaliers assurés fournis aux résidents dans une autre province ou un autre territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent les services hospitaliers assurés reçus à l'extérieur de la province ou du territoire qui sont payés par la province ou le territoire d'origine du résident lorsqu'il se déplace ailleurs au Canada.

Services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada : Les services hospitaliers fournis à l'extérieur du Canada représentent les frais hospitaliers engagés par des résidents pendant leur séjour à l'extérieur du Canada et payés par leur province ou leur territoire d'origine.

Services médicaux assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques de cette sous-section concernent la prestation de services médicaux assurés aux résidents dans chaque province ou territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services médicaux assurés fournis aux résidents dans une autre province ou un autre territoire : Cette sous-section rend compte des services médicaux payés par une province ou un territoire aux autres provinces et territoires pour ses résidents en visite.

Services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Canada : Les services médicaux fournis à l'extérieur du pays représentent les frais de services médicaux engagés par des résidents pendant leur séjour à l'extérieur du Canada et payés par leur province ou leur territoire d'origine.

Services de chirurgie dentaire assurés fournis dans la province ou le territoire : Les renseignements dans cette sous-section décrivent les services de chirurgie dentaire assurés fournis dans chaque province ou territoire.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

INTRODUCTION

La plupart des services de santé publics de Terre-Neuve-et-Labrador sont assurés par quatre régies régionales de la santé (RRS). Ces dernières régissent tout le continuum des soins, dont la promotion et la protection de la santé, la santé publique, les services communautaires, les soins de courte durée et les soins de longue durée.

À Terre-Neuve-et-Labrador, environ 20 000 fournisseurs et administrateurs de services de soins de santé offrent des services de santé à environ 500 000 habitants.

Le budget de 2011-2012, « People and Prosperity – Responsible Investments for a Secure Future » (Public et prospérité – Investir de façon responsable pour un avenir sûr), comprenait des investissements de près de 3 milliards de dollars pour améliorer les soins de santé de tous les habitants. Ces investissements du budget de 2012 démontrent un engagement continu envers les soins de santé à Terre-Neuve-et-Labrador, en même temps que la responsabilité de veiller à la durabilité du système de soins de santé. Ces investissements du budget de 2012 sont axés sur la dialyse, le coût des médicaments, l'amélioration du dépistage du cancer du sein, l'accroissement de l'accès et l'amélioration de l'infrastructure.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé gérés par le ministère de la Santé et des Services communautaires sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé. Ils sont sans but lucratif et administrés par un organisme public.

La *Hospital Insurance Agreement Act* est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Elle confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'établir des règlements visant la prestation de services assurés aux habitants de la province, selon des modalités uniformes, en application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et de son Règlement.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. Elle prévoit l'élaboration de règlements, de sorte que ses dispositions continuent d'être conformes à celles de la *Loi canadienne sur la santé* relativement à l'administration du régime d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province par l'adoption de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de rémunérer comme il se doit les prestataires de services professionnels assurés. Le régime d'assurance-santé est mis en application en conformité avec les dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et son Règlement et de la *Loi canadienne sur la santé*.

Aucune modification n'a été apportée en 2011-2012 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ni à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a pour mandat d'administrer les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen des processus législatifs prévus, comme les comptes publics et le comité des prévisions budgétaires de la Chambre d'assemblée.

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador établit des exigences provinciales en matière de planification et de rapport auxquelles doivent satisfaire tous les ministères, y compris le ministère de la Santé et des Services communautaires. En vertu de la *Transparency and Accountability Act* (2006), le ministère de la Santé et des Services communautaires et les huit (8) entités qui lui rendent des comptes, y compris les RRS, produisent un plan stratégique triennal et un rapport de rendement annuel. Les plans et les rapports sont déposés à la Chambre d'assemblée et affichés sur le site Web du Ministère (www.gov.nl.ca/health/publications).

Le rapport annuel 2011-2012 du Ministère a été déposé le 28 septembre 2012.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du régime d'assurance-santé font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un

accès complet et sans restriction aux dossiers du régime d'assurance-santé.

Les quatre RRS sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les régies de la santé, conformément à la *Public Tender Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, sous le régime de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Les dossiers des médecins et ceux des associations professionnelles de médecins ont été examinés pour vérifier si l'information concordait avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des bénéficiaires ont été effectuées par le personnel du Ministère aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Des fournisseurs individuels sont choisis au hasard, toutes les deux semaines, pour faire l'objet d'une vérification.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* et le Hospital Insurance Regulations d'application régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador.

Des services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 15 hôpitaux, 22 centres de santé communautaire et 14 cliniques communautaires. Les services assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers; les services de laboratoire et de radiologie et les autres services de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie; les services de réadaptation (p. ex., physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie); les consultations externes et d'urgence et les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère l'ajout ou le retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés selon les instructions du lieutenant gouverneur en conseil. Aucun service n'a été ajouté ni retiré en 2011-2012.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999), qui comprend les règlements d'application suivants :

- le Medical Care Insurance Insured Services Regulations;
- le Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations;
- le Physician and Fee Regulations.

En 2011-2012, la province comptait 1 115 médecins inscrits.

Pour l'application de la Loi, les services suivants sont couverts :

- tous les services fournis en bonne et due forme par des médecins à des bénéficiaires atteints d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et de ses règlements.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-santé comme le prévoit le paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999), à savoir :

12 (1) Si un médecin fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant, il n'est pas soumis à la présente Loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :

(a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le service en question au patient d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente Loi, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer directement le service au patient;

(b) donner au patient à qui il a fourni le service assuré les renseignements exigés par le Ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente Loi.

(2) Si un médecin non participant fournit des services assurés par l'entremise d'une corporation médicale, celle-ci n'est pas soumise à la présente Loi ni au règlement relatif à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin fournissant les services assurés doivent se conformer au paragraphe (1).

En date du 31 mars 2012, aucun médecin ne s'était retiré du régime d'assurance-santé.

Une approbation du lieutenant gouverneur en conseil est requise pour qu'un service soit ajouté à la liste des services médicaux assurés ou qu'il en soit retranché. Ce processus est géré par le Ministère en consultation avec divers intervenants, dont l'association médicale provinciale et le public. Aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés ni retiré de celle-ci pendant l'année financière 2011-2012.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un élément du régime d'assurance-santé. Les traitements de chirurgie dentaire fournis à un bénéficiaire par un chirurgien dentaire ou un dentiste agréé dans un hôpital sont couverts par le régime d'assurance-santé s'ils comptent parmi les types de traitements assurés du barème d'honoraires.

Les dentistes peuvent se retirer du régime d'assurance-santé, auquel cas ils doivent informer les patients de leur statut de dentiste ayant opté pour le retrait du régime, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un relevé des services fournis et des frais facturés. En date du 31 mars 2012, aucun dentiste ne s'est retiré du régime.

Comme le programme de chirurgie dentaire est un élément du régime d'assurance-santé, la modification de la liste des services assurés s'effectue selon les mêmes modalités que pour le régime d'assurance-santé.

L'inscription d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvée par le ministre.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé sont les suivants : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non médicalement nécessaires; le transport, en ambulance ou autrement, d'un patient qui se rend à l'hôpital ou qui a obtenu son congé de l'hôpital; les soins infirmiers privés demandés par le patient; les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance; les médicaments (à l'exception des médicaments antirejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital; les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives; les attelles de fibre de verre; les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale et les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le régime d'assurance-santé, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le régime d'assurance-hospitalisation. Voici une liste des services médicaux non assurés dans le cadre de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

- les conseils que le médecin donne au téléphone à un bénéficiaire;
- la distribution par un médecin de produits médicinaux, de médicaments ou d'appareils médicaux, ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un bénéficiaire, ou en son nom, ou toute communication avec un bénéficiaire ou concernant un bénéficiaire;
- les services rendus par un médecin à son conjoint ou à ses enfants;
- les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;
- le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un bénéficiaire;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par le Ministère;
- la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- les témoignages en cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- les honoraires des dentistes, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;
- les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- l'excision de xanthélasmas;

- la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie;
- l'examen médical des conducteurs;
- les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador;
- la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- la fécondation *in vitro* et la stimulation ovarienne avec insémination;
- la reperméabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques non fournis dans les établissements au mois de janvier 1998 autres que ceux figurant à l'annexe de la *Hospitals Act* ou approuvés par l'autorité compétente en vertu de l'alinéa 3*d*) de la Loi;
- les autres services non prévus à l'article 3 de la Loi.

La plupart des services de diagnostic (p. ex., les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'aucun accès prioritaire n'est accordé aux tiers.

Les fournitures ainsi que les services médicaux, le cas échéant, associés à un service assuré, sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients ont le droit d'avoir des fournitures ou des services améliorés moyennant un supplément. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui assurent ces services, par voie de consultation avec les fournisseurs de services.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) habilite le lieutenant gouverneur en conseil à prendre des règlements déterminant quels services sont ou ne sont pas des services assurés pour l'application de la Loi.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

En date du 31 mars 2012, 527 714 personnes étaient inscrites au programme. Les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de la *Hospital Insurance Agreement Act*. Aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999), un « habitant » est une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

Le Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations désigne les habitants admissibles à la couverture des régimes. Des règles établies dans le cadre du régime d'assurance-santé garantissent l'application juste et uniforme du Règlement lors du traitement des demandes de couverture. Le régime d'assurance-santé applique la norme suivante : les personnes qui déménagent d'une autre province à Terre-Neuve-et-Labrador deviennent admissibles le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes : les étudiants et les personnes à leur charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les personnes à charge d'un habitant de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les réfugiés, les demandeurs du statut de réfugié et les personnes à leur charge; les travailleurs étrangers détenant des autorisations d'emploi ainsi que les personnes à leur charge qui ne répondent pas aux critères établis; les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que les personnes à leur charge; les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des forces armées d'autres pays stationnés dans la province. Si le statut de ces personnes change, elles doivent satisfaire aux critères d'admissibilité indiqués ci-dessus pour devenir admissibles.

3.2 Autres catégories de personnes

Les travailleurs, les étudiants et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN), sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs d'un permis ministériel le sont également, sous réserve de l'approbation du régime d'assurance-santé.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes venues de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province sont admissibles le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC au moment de la cessation d'emploi

et aux personnes libérées de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture entre en vigueur, ces personnes doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé. Les personnes venues de l'étranger qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus sont immédiatement couvertes.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est partie à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité des services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 du Hospital Insurance Regulations définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires au Canada et à l'étranger. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires au Canada ou à l'étranger est définie dans la politique ministérielle. Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées.

Les habitants de la province sont couverts pendant une absence temporaire au Canada. Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a conclu, avec les autres provinces et les territoires, des ententes officielles de facturation des services hospitaliers assurés (c.-à-d. l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers). Les coûts de ces services sont remboursés aux tarifs normalisés approuvés par la province ou le territoire où les services ont été rendus. Les interventions coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services aux malades externes sont remboursées aux tarifs nationaux convenus entre les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services médicaux reçus dans une autre province (à l'exception du Québec) ou dans un territoire sont payés en vertu de l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux tarifs de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au régime d'assurance-santé, et le paiement est effectué aux tarifs en vigueur dans cette province.

Pour être admissible à la couverture à l'extérieur de la province, le bénéficiaire doit satisfaire aux exigences de la Loi et respecter les règles du régime d'assurance-santé relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assuré, un habitant doit résider dans la province pour une période d'au moins quatre mois consécutifs pour chaque période de 12 mois. En général, les règles qui s'appliquent à la couverture des soins médicaux et hospitaliers sont les suivantes.

- Avant de quitter la province pour une longue période, la personne doit communiquer avec le régime d'assurance-santé pour obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province.
- L'assuré qui part en vacances à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat initial de couverture à l'extérieur de la province valide pour 12 mois, au plus. À son retour, il devra résider dans la province pendant une période d'au moins quatre mois consécutifs. La période de couverture des certificats suivants se limitera à huit mois.
- L'étudiant qui quitte la province peut recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à condition de fournir une preuve d'inscription à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province.
- La personne qui occupera un emploi à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat de couverture d'au plus 12 mois. Une vérification relative à l'emploi peut être exigée.
- La personne qui établit sa résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays ne doit pas rester inscrite au régime d'assurance-santé de la province.
- Le certificat de couverture à l'extérieur de la province n'est pas exigé pour les voyages de 30 jours ou moins, mais peut être délivré sur demande.
- Pour les voyages de plus de 30 jours à l'extérieur de la province, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle reçoit pendant son séjour à l'extérieur de la province.

La personne qui omet de demander un certificat de couverture à l'extérieur de la province ou qui ne respecte pas les règles relatives à la résidence peut devoir payer le coût des services médicaux ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province.

L'assuré qui déménage de façon permanente ailleurs au Canada est couvert jusqu'au dernier jour, inclusivement, du deuxième mois suivant le mois de son départ.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La province offre une couverture à ses habitants pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, à des tarifs établis. Les services hospitaliers à des malades hospitalisés ou externes fournis à l'étranger peuvent être couverts par le régime s'ils ont été fournis dans un établissement agréé (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente de l'État ou du pays). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation

gouvernementale pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 $ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 $ par jour, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le tarif approuvé pour les services à des malades externes est de 62 $ par visite, et de 330 $ par séance d'hémodialyse. Les tarifs approuvés sont en devise canadienne.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgence ou de maladie subite, ou si les traitements non urgents ne sont pas offerts dans la province ou ailleurs au Canada. Les services d'urgence sont payés au tarif en vigueur à Terre-Neuve-et-Labrador pour les mêmes services. Si le service n'est pas disponible à Terre-Neuve-et-Labrador, le tarif payé est celui de l'Ontario ou de la province où il est disponible.

La couverture cesse immédiatement dans le cas d'un déménagement permanent à l'étranger.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans les autres provinces ou les territoires. Toutefois, les médecins peuvent obtenir des conseils à l'égard des services assurés en vertu du régime d'assurance-santé, afin que les patients soient informés des répercussions financières possibles.

Si un habitant de la province doit aller à l'étranger pour recevoir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas offert au Canada, il doit obtenir une autorisation préalable pour recevoir un financement au tarif du pays hôte. Les médecins traitants doivent communiquer avec le Ministère pour obtenir une approbation préalable. Si l'approbation préalable est obtenue, le régime provincial d'assurance-santé paiera le coût des services assurés nécessaires aux soins du patient. L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements à l'extérieur du pays ou non urgents si les services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve-et-Labrador, ils sont en général payés en fonction des tarifs en vigueur en Ontario ou des tarifs applicables dans la province où ils sont offerts.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Il n'existe aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins dans la province.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires travaille en étroite collaboration avec les établissements d'enseignement au sein de la province afin de conserver un nombre adéquat de professionnels de la santé. La province collabore également avec des organismes externes relativement aux professionnels qui n'ont pas été formés dans la province. Des incitatifs de recrutement ciblés sont en place dans le but d'attirer des professionnels de la santé. Plusieurs programmes ont été mis en œuvre en vue de fournir une prime au moment de la signature, des bourses, des possibilités d'amélioration des compétences et autres mesures incitatives pour une vaste gamme de professions de la santé.

En 2011-2012, un investissement record de 2,9 milliards de dollars a été consenti pour les services de santé, ce qui représente une augmentation de plus de 7,4 % par rapport à l'investissement de 2,7 milliards de l'année précédente. Cet investissement comprend des investissements dans les infrastructures de soins d'une valeur totale de 272,2 millions de dollars, des investissements pour de nouvelles constructions et des projets de réaménagement d'une valeur totale de 200,6 millions de dollars, des investissements de 21,6 millions de dollars pour des projets de réparation et de rénovation et des investissements de 50,0 millions de dollars pour acheter de nouveaux équipements médicaux.

En 2011-2012, le ministère de la Santé et des Services communautaires a créé la Access and Clinical Efficiency Division (Division de l'accès et de l'efficacité clinique), chargée d'assurer un leadership et une supervision relativement à la réduction des temps d'attente et à l'amélioration de l'efficacité des services essentiels dans le système de soins de santé de la province, ainsi que d'assurer le suivi des temps d'attente et la présentation de rapports publics par rapport aux données de référence nationales établies en 2005.

Dans le cadre du travail de cette division, deux stratégies provinciales de réduction des temps d'attente de cinq ans (2012-2017) ont été annoncées en février 2012.

La première, une stratégie de réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou, sera axée sur la réduction des temps d'attente et l'amélioration de la coordination de l'évaluation orthopédique initiale et des services requis pour les patients avant et après la chirurgie; l'amélioration de l'efficacité des services hospitaliers associés à la chirurgie arthroplastique; la réduction de l'arriéré de patients en attente d'une arthroplastie; l'amélioration de la collecte et de l'utilisation des données sur les temps d'attente pour une arthroplastie; la réduction du nombre de patients qui auront éventuellement besoin d'une arthroplastie.

La seconde, une stratégie de réduction des temps d'attente à l'urgence, sera axée sur l'amélioration de l'efficacité des

services d'urgence à volume élevé; l'amélioration de l'accès aux services de santé communautaires qui permettent une utilisation efficace des services d'urgence; l'application d'une norme provinciale de triage et de temps d'attente pour recevoir une attention médicale initiale; l'amélioration de la collecte, de la déclaration et de l'utilisation des données sur les temps d'attente dans les services d'urgence; l'amélioration de la communication avec les patients et le public en ce qui concerne les temps d'attente des services d'urgence.

Les données provinciales sur les temps d'attente indiquent qu'en moyenne, 88 % des habitants de la province ont eu accès rapidement aux services prioritaires de référence dans les délais recommandés pendant le quatrième trimestre de 2011-2012 (du 1er janvier au 31 mars). Presque tous les patients qui ont besoin de radiothérapie contre le cancer continuent d'avoir accès dans les 28 jours recommandés. Les données de référence indiquent que tous les patients qui doivent subir un pontage coronarien continuent de bénéficier d'une chirurgie plus rapidement que dans les délais recommandés. Plus de 80 % des patients ont bénéficié de procédures de traitement de la cataracte dans un délai de 112 jours. Dans le cas de l'arthroplastie de la hanche, ce pourcentage s'élève à plus de 80 % dans un délai de 182 jours et dans le cas de l'arthroplastie du genou, ce pourcentage est passé à plus de 80 % dans un délai de 182 jours. De plus, 90 % des chirurgies de la hanche effectuées à la suite d'une fracture l'ont été dans le délai de référence de 48 heures.

Comme le prévoit le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services communautaires, les temps d'attente pour certaines chirurgies oncologiques et certains services d'endoscopie commenceront à être publiés dans le site Web en 2012-2013.

5.2 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999). Les modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait ainsi que le paiement à la vacation.

Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement de la province et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) au nom de tous les médecins. Les représentants des RRS jouent un rôle dans le processus. Un nouveau protocole d'accord a été établi avec la NLMA en décembre 2010, qui prévoit une augmentation de la rémunération globale des médecins d'environ 26 %. L'accord expire le 20 septembre 2013.

Les médecins sont payés à l'acte, perçoivent un salaire ou sont rémunérés selon d'autres modes de paiement, et l'intérêt augmente pour cette dernière méthode de rémunération.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des RRS au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux RRS à titre de budget global annuel. Les paiements sont versés conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* et à la *Regional Health Authorities Act*. Dans le cadre de leurs obligations redditionnelles à l'égard du gouvernement, les régies de la santé doivent satisfaire aux exigences ministérielles de présentation de rapports annuels, comme les états financiers vérifiés et d'autres renseignements financiers et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

Au cours de l'exercice financier, les RRS ont présenté au Ministère des demandes de financement supplémentaire à la suite de changements dans les programmes ou de l'augmentation de la charge de travail. Ces demandes ont été examinées, et pour celles qui ont été approuvées par le Ministère, le financement a été accordé à la fin de chaque exercice. Pour toutes les corrections apportées au niveau de financement annuel, notamment en raison de l'ajout de postes ou de changements dans les programmes approuvés, le financement commence à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation et est fonction des besoins de trésorerie.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans le budget provincial annuel, dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents, notamment, pour 2011-2012, dans les documents suivants :

- les comptes publics de 2011-2012;
- le budget des dépenses de 2011-2012;
- l'exposé budgétaire de 2011.

Les comptes publics et le budget, que le gouvernement a présentés à la Chambre d'assemblée, sont accessibles au public et ont été communiqués à Santé Canada à titre d'information.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	506 530	514 470	523 433	523 508	527 714

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	50	51	51	51	51
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	798 018 159	880 628 613	964 078 687	1 028 697 016	1 088 392 487
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	1	1	1	1	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	307 825	389 375	432 500	660 625	697 375

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	1 910	1 732	1 595	1 632	1 648
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	16 509 144	15 695 411	16 928 930	21 096 749	17 507 684
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	34 159	29 758	25 770	23 156	23 482
9. Total des paiements – malades externes ($)	6 817 250	7 680 172	7 325 977	7 214 089	7 216 918
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	73	90	94	97	126
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	496 719	368 959	123 890	318 203	224 822
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	404	400	317	445	475
13. Total des paiements – malades externes ($)	651 841	204 973	272 567	209 257	91 089

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#) [1]	989	1 037	1 075	1 096	1 115
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	189 169 000	199 127 000	211 145 000	216 931 000	218 561 000

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	168 000	136 000	147 000	155 000	154 000
20. Total des paiements ($)	6 320 000	6 161 000	6 991 000	6 665 000	6 627 000
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	2 300	2 900	3 100	3 600	3 400
22. Total des paiements ($)	300 000	240 000	157 000	202 000	237 000

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	25	25	31	29	25
24. Nombre de services fournis (#)	885	2 995	290	1 093	2 222
25. Total des paiements ($)	73 000	331 000	28 000	158 000	329 000

1. Exclut les médecins inactifs. Nombre total de médecins salariés et rémunérés à l'acte.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

INTRODUCTION

À l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de la Santé et du Mieux-être est responsable des politiques, des stratégies et des aspects financiers du système de santé.

La *Health Services Act* prescrit les cadres réglementaires et administratifs qui permettront d'apporter des améliorations au système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard grâce aux mesures suivantes :

- accorder un mandat pour la mise en place d'un régime de santé provincial;
- établir des mécanismes visant à renforcer la sécurité des patients et à appuyer la mise en œuvre des processus d'amélioration de la qualité des services;
- créer une société d'État (« Santé Î.-P.-É. ») pour surveiller la prestation de services de santé fonctionnels.

Dans le cadre de cette structure de gouvernance, Santé Î.-P.-É. assumera les responsabilités suivantes :

- fournir des services de santé ou veiller à la prestation de ces services;
- exploiter et gérer les établissements de santé;
- administrer les ressources financières, les ressources humaines et les autres ressources nécessaires à la prestation des services de santé et à l'exploitation des établissements de santé;
- accomplir toute autre tâche que le Ministère peut prescrire.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et du Mieux-être, est le mécanisme de couverture des services hospitaliers à l'Île-du-Prince-Édouard. La loi habilitante à cet égard est la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le régime d'assurance-santé fournit des services médicaux assurés en vertu de la *Health Services Payment Act* (1988). Les régimes assurent ensemble les services définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être est responsable des politiques, des stratégies et des aspects financiers du système de santé, tandis que Santé Î.-P.-É. est responsable de la prestation des services et de l'exploitation des hôpitaux, des centres de santé, des résidences et des établissements de santé mentale. Santé Î.-P.-É. est responsable de l'embauche des médecins, alors que la Commission de la fonction publique de l'Île-du-Prince-Édouard embauche des infirmières praticiennes, des infirmières et des infirmiers ainsi que d'autres travailleurs de la santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose à l'Assemblée législative. Le rapport fournit de l'information au sujet des principes directeurs et des responsabilités législatives du Ministère, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et présente les principales statistiques de l'année.

Santé Î.-P.-É. prépare un plan d'activités annuel qui tient lieu d'entente officielle entre Santé Î.-P.-É. et le ministre responsable, et documente les réalisations qui se concrétiseront au cours du prochain exercice.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Île-du-Prince-Édouard vérifie annuellement les comptes publics de la province, lesquels comprennent des données sur les activités financières, les recettes et les dépenses du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le volume I des comptes publics, *Consolidated Financial Statements*, a été publié en août 2011, et le volume II, *Operating Fund Financial Statements, Details of Revenues and Expenditures, Financial Statements of Agencies and Crown Corporations*, a été publié en novembre 2011.

En vertu de la *Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires de portée générale ou axées sur des programmes en particulier.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le règlement d'application de cette loi (1996) définit les services hospitaliers assurés fournis sans frais aux malades hospitalisés et aux malades externes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et d'autres services de diagnostic; l'hébergement et les repas au tarif de salle commune; les médicaments inscrits au formulaire, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes et les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Le processus d'ajout d'un nouveau service hospitalier à la liste des services assurés nécessite d'abondantes consultations et négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et les principaux intervenants. Le processus vise l'élaboration d'un plan d'activités qui, une fois approuvé par le ministre, serait présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Le Conseil exécutif (Cabinet) a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services Payment Act* (1988).

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins autorisés à exercer par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2012, 232 praticiens avaient facturé le régime d'assurance des soins médicaux.

En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance des soins médicaux ne peut facturer le régime pour les services fournis. Lorsqu'un médecin non participant fournit un service médicalement nécessaire, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur donne suffisamment d'information pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. En vertu de l'article 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve et en application du règlement et à l'égard d'un patient ou d'un service de santé de base donné, de percevoir des honoraires en dehors du régime ou de se retirer de façon sélective du régime. Il doit alors informer les patients, avant de fournir le service, qu'on leur facturera directement ce service. Lorsque des médecins font un tel choix, ils doivent en informer le ministre, et la totalité des honoraires à l'égard du service fourni est à la charge du patient.

En date du 31 mars 2012, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance des soins médicaux.

Tout service de santé de base médicalement nécessaire fourni par un médecin est couvert par le régime d'assurance des soins médicaux. Les services assurés sont : la plupart des services médicaux fournis en cabinet, à l'hôpital ou au domicile du patient; les services chirurgicaux médicalement nécessaires, dont les services d'anesthésistes et d'assistants en chirurgie en cas de besoin; les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins liés à des complications de grossesse telles qu'une fausse couche ou une césarienne; certaines interventions de chirurgie buccale médicalement nécessaires pratiquées par un chirurgien buccal et maxillo-facial, sous réserve d'une approbation préalable pour que la chirurgie se fasse à l'hôpital; les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes; le traitement des fractures et des dislocations et certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été aiguillé correctement par un médecin traitant.

L'ajout d'un service médical à la liste des services assurés nécessite des négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et la Medical Society. Le processus vise l'élaboration d'un plan d'activités qui, une fois approuvé par le ministre, serait présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Les services médicaux assurés pourraient également être ajoutés ou supprimés dans le cadre des négociations d'une nouvelle entente-cadre avec les médecins (article 5.2). Le Cabinet a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance des soins médicaux. Seuls les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont rémunérés par le régime. À l'heure actuelle, il y a deux chirurgiens dans cette catégorie. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans le barème des honoraires sont couvertes uniquement lorsque l'état médical du patient nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet, sous réserve d'une approbation préalable, sur la confirmation du médecin traitant.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent :

- les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les frais de kilométrage ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par Santé Î.-P.-É.;
- les consultations téléphoniques, sauf celles données par un interniste, un médecin en soins palliatifs, un pédiatre, un spécialiste étant à l'extérieur de la province ou un chirurgien orthopédiste, à condition que le patient n'ait pas été vu par ce médecin dans les trois jours suivant la consultation téléphonique;
- les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations de groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par Santé Î.-P.-É.;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement de soins psychiatriques ou de traitement pour alcooliques ou toxicomanes;
- les témoignages en cour;
- les cliniques santé-voyage et les dépenses;
- les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient médicalement nécessaires;
- les services dentaires autres que les actes compris dans les services de santé de base;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la naturopathie et les traitements similaires;
- les services de physiothérapie, de psychologie, d'audiologie et d'acupuncture, à l'exception de ceux offerts en milieu hospitalier;
- le rétablissement de la fertilité;
- la fécondation *in vitro*;
- les services fournis par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- les services fournis par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'en ait reçu l'approbation préalable de Santé Î.-P.-É.;
- tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation issue des négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et la Medical Society, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent : les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à supplément, à la demande du patient; les services hospitaliers fournis en rapport avec une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel, comme les téléphones et les téléviseurs; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses que le patient utilisera après avoir obtenu son congé de l'hôpital et les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être hospitalisé pour des raisons médicales, sous réserve de l'approbation préalable de Santé Î.-P.-É.

La radiation de services couverts par le régime d'assurance des soins médicaux se fait en collaboration avec la Medical Society, Santé Î.-P.-É. et le Ministère. Aucun service n'a été désassuré au cours de l'exercice 2011-2011.

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ont un accès égal aux services. Les tiers, comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island, ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant un supplément.

L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux, les professionnels de la santé et le personnel permettent au Ministère et à Santé Î.-P.-É. de surveiller les questions d'utilisation et de services.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et son Règlement définissent l'admissibilité aux régimes d'assurance des soins médicaux. Le régime est conçu pour offrir une couverture aux habitants admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard. Le terme habitant (*résident*) désigne toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui élit domicile et se trouve ordinairement au moins six mois plus un jour par année à l'Île-du-Prince-Édouard.

Tous les nouveaux habitants doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes d'ailleurs au Canada qui s'établissent en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les habitants qui ne sont pas admissibles à la couverture des services médicaux et hospitaliers assurés de l'Île-du-Prince-Édouard sont ceux ayant droit à certains services dans le cadre d'autres programmes gouvernementaux fédéraux et provinciaux, tels que les membres des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux, l'indemnisation des accidentés du travail et les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Des habitants qui ne sont pas admissibles peuvent le devenir dans certaines circonstances. Par exemple, c'est le cas des membres des Forces canadiennes au moment de leur libération ou à la fin d'un congé de réadaptation. Les détenus des pénitenciers deviennent admissibles au moment de leur libération. Dans ces cas, la province où la personne était stationnée au moment de sa libération ou à la fin de son congé de réadaptation assumerait la couverture initiale durant la période d'attente habituelle d'au plus trois mois. Les détenus en liberté conditionnelle seraient traités de la même façon que les détenus libérés.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs à l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être considérés comme des habitants de la province et, de ce fait, n'ont pas droit aux avantages de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé.

Les habitants nouvellement installés à l'Île-du-Prince-Édouard ou qui y reviennent doivent remplir une demande d'inscription du Ministère pour s'inscrire au régime d'assurance-santé. Après vérification de la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-santé est délivrée puis envoyée à l'habitant dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de la couverture se fait tous les cinq ans; les habitants reçoivent un avis par la poste six semaines avant la date de renouvellement.

En date du 31 mars 2012, 147 942 habitants étaient inscrits au régime d'assurance des soins médicaux de l'Île-du-Prince-Édouard.

3.2 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-santé ni à la couverture des soins médicaux et hospitaliers.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à des services assurés en cas de maladie subite ou d'urgence pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province, conformément aux dispositions de l'alinéa 5(1)*e*) de la *Health Services Payment Act*.

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours au cours d'une période de 12 mois, pour des raisons de vacances, de visite ou d'affaires. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le service d'inscription avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe à l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux avec d'autres provinces et territoires du Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé au cours d'absences temporaires à l'étranger, selon les dispositions de l'alinéa 5(1)*e*).

Les habitants assurés peuvent s'absenter temporairement du pays pour une période de 12 mois, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement reconnu dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent aviser le service d'inscription à leur retour de l'étranger.

Dans le cas des habitants de la province qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture cesse le jour de leur départ.

En ce qui concerne les habitants qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie selon les tarifs de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devises canadiennes. La

différence entre le montant total facturé et le montant payé par le Ministère est à la charge des habitants.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable de Santé Î.-P.-É est nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de la province. Une couverture complète peut être accordée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande à Santé Î.-P.-É. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical de Santé Î.-P.-É pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance des soins médicaux de l'Île-du-Prince-Édouard fournissent des services selon des modalités uniformes, pourvu qu'ils n'entravent ni n'empêchent l'accès satisfaisant des assurés à ces services.

L'Île-du-Prince-Édouard possède un système de santé administré et financé par l'État qui garantit un accès universel aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*.

L'Île-du-Prince-Édouard reconnaît que le système de soins de santé doit constamment s'adapter et élargir ses services pour satisfaire aux besoins des citoyens. Parmi les exemples de projets au cours de l'exercice 2011-2012, notons les suivants :

- À la suite d'un projet pilote de deux ans, l'Île-du-Prince-Édouard a annoncé, cette année, la mise en œuvre du Programme de dépistage du cancer colorectal. Ce programme donne accès à des examens faciles à utiliser à la maison pour les insulaires âgés de 50 à 74 ans.
- Un élargissement des services d'hémodialyse à l'Île-du-Prince-Édouard a été entrepris cette année. Une fois les nouvelles installations terminées, cela entraînera une capacité accrue de plus de 125 % pour les services d'hémodialyse.
- Un projet d'envergure de réaménagement pluriannuel est en cours à l'hôpital de recours de la province et la construction du Centre de soins ambulatoires de l'hôpital Queen Elizabeth est presque terminée.
- D'importants investissements ont été faits au cours de l'année dans le cadre de la stratégie de remplacement des résidences. Alors que deux résidences ont organisé des journées portes ouvertes, la construction de deux autres résidences dans d'autres régions de la province a commencé.
- Les premiers étudiants du Programme de résidence en médecine familiale de l'Île-du-Prince-Édouard ont obtenu leur diplôme cette année; quatre personnes ont terminé le Programme de résidence de deux ans. Il s'agit d'une étape importante du Programme puisqu'il vise une meilleure intégration des étudiants en médecine dans le but qu'ils désirent demeurer et travailler dans la province.

Étant donné que l'Île-du-Prince-Édouard est principalement une province rurale dont un vaste segment de la population réside à l'extérieur des grands centres de services, l'accès local aux services de santé, y compris aux soins de courte durée fournis par des hôpitaux communautaires et des centres de santé, est important pour les petites collectivités. La province continue de développer les infrastructures de santé nécessaires à la prestation des services de santé dans les collectivités rurales.

5.2 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie selon un processus de négociation collective. Les médecins et le gouvernement nomment les membres de leurs équipes de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés. La présente entente-cadre de cinq ans avec les médecins conclue entre, d'une part, la Medical Society de l'Île-du-Prince-Édouard au nom des médecins de la province et, d'autre part, le ministère de la Santé et du Mieux-être et Santé Î.-P.-É. est en vigueur depuis le 1er avril 2010 au 31 mars 2015.

La loi qui régit la rémunération des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*.

Bon nombre de médecins sont encore rémunérés à l'acte. Toutefois, d'autres modes de paiement sont apparus : certains médecins sont salariés, contractuels ou rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent être privilégiés par les nouveaux diplômés. Actuellement, la rémunération fondée sur un autre mode de paiement (autre que la rémunération à l'acte) constitue le principal mode de rémunération pour plus de 67 p. 100 des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard (à l'exclusion des suppléants et des spécialistes itinérants).

5.3 Paiements aux hôpitaux

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les paiements (avances) aux hôpitaux provinciaux et aux hôpitaux communautaires au titre des services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et assujettis aux niveaux budgétaires approuvés.

La méthode de financement habituelle consiste à utiliser un budget global rajusté annuellement en fonction de l'augmentation du coût de postes de dépense tels que conventions collectives, médicaments, fournitures médicales et fonctionnement des établissements.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard s'efforce de reconnaître les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé quand il convient de le faire. Au cours de la dernière année, il l'a fait dans des documents publics comme le Budget annuel de 2011-2012 de la province, de même que dans ses Comptes publics de 2011-2012, qui ont tous deux été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également l'intention de souligner cette importante contribution dans son Rapport annuel de 2011-2012.

PERSONNES INSCRITES

PERSONNES INSCRITES

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	146 518	142 305	143 238	146 049	147 942

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	7	7	7	7	7
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	137 982 600	151 304 500	161 439 600	172 100 500	183 647 900
Établissements privés à but lucratif	**2007-2008**	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	2 253	2 591	2 692	2 564	2 509
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	19 448 899	20 582 454	26 099 326	25 159 408	23 821 199
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	17 867	18 488	17 147	16 763	15 391
9. Total des paiements – malades externes ($)	4 292 114	5 290 630	5 385 508	5 286 499	5 136 948

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	28	34	46	29	43
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	49 616	113 901	157 547	70 768	164 610
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	137	122	127	113	165
13. Total des paiements – malades externes ($)	27 533	33 919	65 114	44 213	58 796

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#) [1]	221	256	240	242	232
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	61 974 581 [2]	61 445 780 [2]	72 874 951 [2]	62 670 303 [2]	60 719 582 [2]
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	34 973 359	41 123 808	45 959 450	49 332 788	50 264 859

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	77 992	77 830	79 139	80 559	83 086
20. Total des paiements ($)	6 035 626	5 998 751	6 386 325	6 247 907	6 330 440

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#)	562	1 053	786	684	950
22. Total des paiements ($)	23 979	52 601	39 137	31 729	40 600

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	3	3	3	2	2
24. Nombre de services fournis (#)	364	424	451	352	377
25. Total des paiements ($)	95 749	149 794	171 901	137 566	125 392

1. Le total ne comprend pas les suppléants ni les spécialistes itinérants.
2. Ce chiffre correspond aux paiements effectués à la suite de demandes de remboursement et aux salaires versés.

NOUVELLE-ÉCOSSE

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse a pour mission de donner du leadership au système de santé pour la prestation de soins et d'un traitement, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que la promotion de la santé et de la vie saine. Cette fusion renforcera les efforts de collaboration dans les domaines de la promotion et de la protection de la santé, de la prévention des maladies et des blessures et de la réduction des inégalités d'état de santé.

La *Health Authorities Act* a établi les neuf autorités de santé de district (ASD) de la province ainsi que leurs services de soutien communautaire, les conseils de santé communautaire (CSC). Les ASD sont chargées de régir, de planifier, de gérer, de fournir et de surveiller les services de santé dans chaque district et d'apporter un soutien aux CSC en planification. Les services dispensés par les ASD sont les soins de courte durée et tertiaires ainsi que les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Les trente-sept CSC de la province élaborent des plans de santé communautaire en se fondant sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé. Les deux tiers des personnes nommées aux conseils des ASD siègent au CSC. Les plans de santé communautaire font partie du processus annuel de planification des activités des ASD. Le Centre de soins de santé IWK, qui possède toujours des structures de conseils, d'administration et de prestation de services distinctes, s'ajoute aux neuf ASD.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être est chargé d'établir les orientations stratégiques et les normes pour les soins de santé, de veiller à la disponibilité de services de santé de qualité, de surveiller et d'évaluer le rendement et les résultats et de produire des rapports à ces égards, et de financer les services de santé. Il exécute les programmes suivants : les services médicaux et pharmaceutiques, les services de santé d'urgence, les soins continus et bien d'autres programmes et services de santé assurés et financés par l'État.

La Nouvelle-Écosse doit faire face à de nombreux défis concernant la prestation des services de soins de santé. Sa population vieillit; environ 16 % des Néo-Écossais sont âgés de 65 ans ou plus, et ce pourcentage devrait atteindre 24,3 % d'ici 2026. Afin de satisfaire aux besoins d'une population vieillissante, la Nouvelle-Écosse a augmenté son panier de services assurés par l'État en y ajoutant les soins à domicile, les soins de longue durée et une meilleure couverture des médicaments. Par ailleurs, en Nouvelle-Écosse, les taux de maladies chroniques, comme le cancer et le diabète, sont beaucoup plus élevés que les taux moyens, d'où une hausse du coût de la prestation des soins de santé.

Malgré ces contraintes et ces défis sans cesse croissants, la Nouvelle-Écosse est toujours déterminée à assurer la prestation des services médicalement nécessaires, conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et du Mieux-être à : www.gov.ns.ca/DHW.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, les services de santé assurés sont couverts par deux régimes : la Hospital Services Insurance (HSI) et le Medical Services Insurance Plan (MSI). La HSI est gérée par le ministère de la Santé et du Mieux-être en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15 et 16, paragraphe 17(1), articles 18 et 35.

Le MSI est administré et géré par une autorité composée du ministère de la Santé et du Mieux-être et de Medavie Croix Bleue (anciennement Atlantic Blue Cross) en vertu de la loi mentionnée précédemment (articles 8 et 13, paragraphe 17(2), articles 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 35).

En vertu de l'article 8 de la Loi, le ministre de la Santé et du Mieux-être peut, sous réserve de l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou plusieurs personnes, les ententes qu'il juge nécessaires pour établir, mettre en œuvre et exécuter le MSI.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être et Medavie Croix Bleue ont conclu une entente de niveau de service qui est en vigueur depuis le 1er août 2005. Aux termes de l'entente, Medavie Croix Bleue s'occupe de gérer et d'administrer les programmes du MSI, les régimes d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Dans l'entente de niveau de service, Medavie Croix Bleue est tenue de présenter des rapports au Ministère conformément à divers énoncés des besoins pour chaque description de service, tel qu'il est énoncé dans le contrat. Medavie Croix Bleue fait l'objet d'une vérification chaque année sur divers domaines de production de rapports.

L'alinéa 17 1) i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) du Hospital Insurance Regulations, pris en application de cette Loi, établissent les conditions régissant la présentation de rapports au ministre de la Santé et du Mieux-être par les hôpitaux et leurs conseils d'administration.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général examine toutes les dépenses du ministère de la Santé et du Mieux-être. Dans le cadre de l'entente de niveau de service avec le ministère de la Santé et du Mieux-être, Medavie Croix Bleue fournit des états financiers vérifiés des coûts du régime d'assurance des soins médicaux pour le ministère de la Santé et du Mieux-être. Le vérificateur général et le ministère de la Santé et du Mieux-être ont le droit de faire des vérifications de la gestion de l'entente avec Medavie Croix Bleue.

Tous les établissements de soins de longue durée ainsi que les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont tenus de présenter au ministère de la Santé et du Mieux-être des états financiers annuels vérifiés.

En vertu du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, le conseil d'administration de chaque hôpital est tenu de présenter au ministre de la Santé et du Mieux-être, au plus tard le 1er juillet de chaque année, un état financier vérifié de l'exercice précédent.

1.4 Organisme désigné

En vertu d'une entente de niveau de service avec le ministère de la Santé et du Mieux-être, Medavie Croix Bleue administre les comptes des médecins et est habilitée à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Elle reçoit une autorisation écrite du Ministère de la Santé et du Mieux-être lui indiquant les médecins à qui elle peut verser un paiement. Les tarifs de rémunération et les montants précis sont établis en fonction du contrat négocié entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé et du Mieux-être.

Toutes les activités relatives au MSI et au régime d'assurance-médicaments sont sous la supervision du Bureau du vérificateur général.

Quikcard Solutions Incorporated (QSI) a l'autorité de recevoir les sommes pour payer les dentistes et assure l'administration dans le cadre d'une entente de niveau de services avec le ministère de la Santé et du Mieux-être. Le tarif des frais dentaires est négocié entre l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse et le ministère de la Santé et du Mieux-être.

Un calendrier de gestion des rapports, fruit de la collaboration entre Medavie Croix Bleue et le ministère de la Santé et du Mieux-être, présente 95 rapports obligatoires soumis au Ministère à divers moments de l'exercice. Les rapports ont trait à l'inscription au régime de soins de santé et au suivi, aux demandes de paiement des services, à la gestion des fournisseurs, ainsi qu'à l'utilisation de la vérification et des programmes. Ces rapports, soumis tous les mois, aux trois mois ou annuellement, visent à englober la période de présentation des rapports précédents. Il est possible d'obtenir une liste complète de rapports auprès du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse.

Dans le cadre d'une entente avec le ministère de la Santé et du Mieux-être, Quikcard Solutions Incorporated produit aussi des rapports mensuels, trimestriels et annuels sur les programmes dentaires en Nouvelle-Écosse. Cela comprend les services dentaires offerts dans le cadre des services aux malades hospitalisés, conformément à ce qui est décrit dans la *Loi canadienne sur la santé*. Il est question, dans ces rapports, des demandes de paiement des fournisseurs et du paiement, de l'utilisation des programmes et de la vérification. Il est possible de se procurer une liste complète de rapports auprès du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités de santé de district et le Centre de soins de santé IWK – hôpital de soins tertiaires pour femmes et enfants – sont responsables de la prestation des services hospitaliers assurés aux patients hospitalisés et externes.

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés, individuellement ou à l'échelon du district. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15 et 16, paragraphe 17(1) et articles 18 et 35, qui a été adoptée par l'Assemblée législative en 1958. Les Hospital Insurance Regulations ont été pris en application de cette Loi.

Voici la liste des services aux patients hospitalisés assurés :

- l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, quand ils sont administrés en milieu hospitalier;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- l'utilisation, pour les patients hospitalisés, des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où il y en a;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services aux patients externes :

- les examens de laboratoire et de radiologie;
- les actes diagnostiques, y compris ceux utilisant des produits radiopharmaceutiques;
- les examens électroencéphalographiques;
- l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'il en existe;
- les services infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- les services hospitaliers requis pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- les soins de jour pour diabétiques;
- les services fournis par les Nova Scotia Hearing and Speech Clinics, là où il y en a;
- les échographies diagnostiques;
- la nutrition parentérale à domicile, lorsque ce service existe;
- l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, lorsque ce service existe.

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les autorités de santé de district doivent soumettre une proposition[1] de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé et du Mieux-être. Ce processus est entrepris chaque année, sur requête, dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts pour les guider dans leur démarche. Un groupe de travail du Ministère de la Santé et du Mieux-être passe en revue toutes les demandes reçues et en établit l'ordre de priorité. Selon le financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

2.2 Services médicaux assurés

La prestation des services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est encadrée par la *Health Services and Insurance Act*, paragraphe 3(2), articles 5, 8, 13 et 13A, paragraphe 17(2), articles 22, 27 à 31 et 35, et le Medical Services Insurance Regulations.

En date du 31 mars 2011, 2 434 médecins ont été rémunérés par l'entremise du MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime, et de renoncer à son numéro de facturation. Le MSI rembourse les patients qui paient directement un médecin parce que celui-ci s'est retiré du régime. En date du 31 mars 2012, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés comprennent les services médicalement nécessaires. Les services médicalement nécessaires peuvent être définis comme des services offerts par un médecin à un patient dans l'intention de poser un diagnostic ou de traiter une maladie ou un dysfonctionnement physique ou mental, ainsi que les services généralement acceptés de promotion de la santé au moyen d'activités de prévention des maladies ou des dysfonctionnements. Les services non médicalement nécessaires ne sont pas assurés. Les services considérés comme non assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act* et de son Règlement sont indépendants de la manière dont les personnes jugent la nécessité médicale.

En 2011-2012, des services supplémentaires ont été ajoutés à la liste des services médicaux assurés. La liste complète peut être obtenue du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, selon les besoins, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

Un comité, composé de représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être, des autorités de santé de district et de Doctors Nova Scotia, est responsable de l'ajout de nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire ajouter un nouveau code d'honoraires au manuel du MSI doivent soumettre une demande officielle au Fee Schedule Advisory Committee (comité consultatif sur le barème d'honoraires) pour qu'il l'examine. Chaque demande est étudiée minutieusement.

1. Les besoins urgents ou imprévus peuvent être soumis à n'importe quel moment de l'exercice.

Le comité fait ensuite une recommandation au Master Agreement Steering Group (MASG – groupe directeur sur l'accord-cadre) qui approuve ou refuse la proposition. Le groupe directeur est formé d'un nombre égal de représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé et du Mieux-être. Si les frais sont approuvés, Medavie Croix Bleue se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire au régime. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'en informer le MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En 2011-2012, 28 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du MSI pour leurs services de chirurgie dentaire assurés.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont détaillés dans le manuel des services dentaires du ministère de la Santé et du Mieux-être (MSI Dentist Manual – Dental Surgical Services Program). Ils sont examinés annuellement par la direction des soins de courte durée et tertiaires, conformément aux Insured Dental Services Tariff Regulations. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque l'état médical du patient est tel que l'acte doit être pratiqué à l'hôpital et qu'il est de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, l'extraction chirurgicale de dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour faire ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia et lui demander de présenter une proposition à cet égard au ministère de la Santé et du Mieux-être. Celui-ci rend sa décision après avoir consulté des experts dans le domaine.

« D'autres services d'extraction » (extractions courantes) aux frais de l'État ont été approuvés pour les patients suivants : 1) les cardiaques, 2) les transplantés, 3) les immunodéprimés, 4) les patients sous radiothérapie. Toutefois, les extractions courantes chez ces patients sont couvertes uniquement lorsque le patient suit un traitement actif dans un centre hospitalier et que l'intervention médicale requise exige une extraction, qui serait autrement assimilée à une extraction courante non couverte par l'assurance publique. Pour que la réclamation puisse être approuvée, il est essentiel que le nom du médecin spécialiste figure dans le plan de traitement dentaire et que celui-ci ait indiqué par écrit dans son plan de traitement médical que l'extraction ou les extractions courantes devaient être effectuées avant le traitement ou l'intervention médicale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici la liste des services hospitaliers non assurés :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- les téléphones;
- les téléviseurs;
- les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- la chirurgie esthétique;
- les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- la chirurgie transsexuelle;
- la fécondation *in vitro*;
- les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés[2];
- les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés :

- les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- les conseils ou les renouvellements d'ordonnances donnés par téléphone;
- les examens requis par un tiers;
- les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- la préparation de certificats ou de rapports;
- la comparution en cour;
- les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;

2. Ces services peuvent être assurés s'ils sont approuvés en tant que facteurs particuliers à prendre en considération.

- la chirurgie esthétique;
- l'acupuncture;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondation *in vitro*.

En Nouvelle-Écosse, les principaux tiers achetant des services de santé médicalement nécessaires sont la Workers' Compensation, le ministère de la Défense nationale et la Gendarmerie royale du Canada (GRC).

Tous les habitants de la province ont droit aux services couverts en vertu de la *Health Services and Insurance Act*. Si des biens ou des services améliorés sont offerts en tant que solution de rechange (lentilles intraoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple), le médecin spécialiste ou l'omnipraticien a la responsabilité de s'assurer que le patient sait qu'il doit assumer les frais additionnels. Les patients ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et du Mieux-être étudie attentivement toutes les plaintes de patients et les préoccupations du public qui pourraient laisser entendre que les principes généraux des services assurés ne sont pas respectés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de Doctors Nova Scotia et de la direction des services aux médecins du ministère de la Santé et du Mieux-être doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention ou un processus pour déterminer si les services doivent demeurer assurés. Si le service n'est pas jugé médicalement nécessaire, il sera retiré du barème d'honoraires des médecins et ne sera plus remboursé à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et examens associés à sa prestation le devient également. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait important de services assurés remonte à 1997.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est définie à l'article 2 des Hospital Insurance Regulations, conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un habitant comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Nouvelle-Écosse.

Une personne est réputée « résider habituellement » en Nouvelle-Écosse si :

- elle y établit sa résidence permanente;
- elle y est effectivement présente au moins 183 jours par année civile (les absences au Canada de moins de 30 jours ne sont pas comptabilisées);
- elle est citoyenne canadienne ou possède le statut de « résident permanent », selon Citoyenneté et Immigration Canada.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au MSI, à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles à compter de la date d'arrivée dans la province, à condition d'être citoyens canadiens ou d'avoir le statut de « résident permanent », selon Citoyenneté et Immigration Canada.

Les personnes assurées en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou toute autre loi de la législature ou du Parlement du Canada, ou en vertu d'un statut ou d'une loi d'une autre province ou territoire, que ce soit au pays ou à l'extérieur du Canada, ne sont pas admissibles au MSI (comme les membres des Forces armées canadiennes, les détenus fédéraux et certaines catégories de réfugiés). Quand ces personnes ne sont plus assurées en vertu des lois, des statuts ou des décrets précédents, elles sont alors admissibles pour faire une demande de couverture de l'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse, pour autant que ces personnes aient la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent, comme le définit Citoyenneté et Immigration Canada.

En 2011-2012, aucun changement n'a été apporté aux conditions d'admissibilité.

Au total, 984 018 habitants étaient inscrits au régime d'assurance-santé de la province en 2011-2012.

3.2 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés en Nouvelle-Écosse, lorsqu'elles respectent les critères d'admissibilité propres à leur situation, sont les suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles à l'assurance-santé à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document attestant de leur statut de « résident permanent », terme qui a remplacé celui d'« immigrant reçu ».

Les réfugiés au sens de la Convention et les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire) qui détiennent tout autre document et qui ont fait, au Canada, une demande de résidence permanente, sont admissibles à l'assurance-santé à compter de la date de cette demande, à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire) qui détiennent tout autre document et qui ont fait, à l'extérieur du Canada, une demande de résidence permanente, deviennent admissibles à l'assurance-santé à compter de la date de leur arrivée au Canada, à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

En 2011-2012, il y avait 32 610 résidents permanents inscrits au régime d'assurance-santé.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition de demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans l'exercice d'un emploi. La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

Lorsque la personne cesse d'être admissible, sa situation est celle d'une personne qui n'a jamais été admissible à la couverture qui lui avait ainsi été accordée. Les exigences susmentionnées devront être satisfaites avant qu'elle soit couverte, ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant.

En 2011-2012, il y avait 3 422 titulaires d'une autorisation d'emploi couverts par le régime d'assurance-santé.

Permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'un permis d'études qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, pour autant qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans le cadre de leurs d'études. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne vise que les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant devient admissible au régime, les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

En 2011-2012, il y avait 1 362 titulaires de permis d'études couverts par le régime d'assurance-santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse seront dans la plupart des cas admissibles au MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité est respecté dans tous les cas où la condition de transférabilité s'applique.

En général, le MSI offre une couverture aux habitants de la Nouvelle-Écosse qui s'établissent dans une autre province ou territoire pendant une durée de trois mois, conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité. Les étudiants et les personnes à leur charge qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au MSI sur une base annuelle. Pour être admissible, l'étudiant doit présenter au MSI une lettre venant directement de son établissement d'enseignement et confirmant qu'il y est inscrit à plein temps. La couverture sera fournie sur une base annuelle à partir du moment de la réception de ladite lettre.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au MSI pendant une période maximale de douze mois, à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays. Les services fournis aux habitants de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services assurés fournis par les médecins de cette province aux habitants de la Nouvelle-Écosse, si ces services sont assurés

en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des pateints hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. Le montant total payé par le régime en 2011-2012 pour les services hospitaliers fournis aux patients externes et aux patients hospitalisés dans d'autres provinces et territoires a atteint 31 793 582 $.

Dans tous les cas visés par l'entente de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

En 2011-2012, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'intérieur du Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des habitants de la province durant une absence temporaire à l'étranger. À condition que l'habitant de la Nouvelle-Écosse satisfait aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Habituellement, pour être admissibles à la couverture, les habitants ne doivent pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Pour être couvertes par le MSI, les interventions non urgentes doivent être autorisées au préalable.

Pendant une absence temporaire de la province, les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada et les personnes à leur charge peuvent demeurer admissibles au MSI, sur une base annuelle. Ils sont alors tenus de présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils le fréquentent, et ce, pour chaque année pour laquelle une couverture est demandée.

Les personnes qui vont travailler à l'étranger (y compris comme bénévoles ou missionnaires ou pour faire de la recherche à ce titre) pour une période de 24 mois ou moins restent couvertes par le MSI, à condition de satisfaire au préalable aux exigences de résidence.

Les services d'urgence fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2011-2012, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse concernant la transférabilité à l'étranger. Le montant total des dépenses en 2011-2012 pour les services aux patients hospitalisés assurés fournis à l'extérieur du Canada a atteint 2 176 921 $. La Nouvelle-Écosse ne couvre pas les services de consultation externe à l'extérieur du pays.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services facultatifs fournis à l'étranger. Le spécialiste de la Nouvelle-Écosse doit présenter une demande d'autorisation préalable au directeur médical du MSI pour le compte de l'habitant assuré. Le médecin consultant examine les modalités et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'extérieur du pays. Sa décision est communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service sera entièrement couvert par le MSI.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de la Loi et de son Règlement, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et ils sont assurés selon des modalités uniformes concernant le paiement des services professionnels assurés jusqu'au tarif établi. Dans le cadre du régime, il est interdit d'imposer des frais modérateurs ou des suppléments.

La Nouvelle-Écosse suit de près la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour garantir un accès équitable aux soins. Lorsque des améliorations sont jugées nécessaires dans certains secteurs, des fonds supplémentaires sont généralement accordés pour satisfaire aux besoins, si la situation financière de la province le permet.

En 2009, la province a embauché le Dr John Ross comme premier conseiller provincial concernant les soins d'urgence. Ses recommandations constituent le fondement du programme « Better Care Sooner » lancé en 2010. Ce programme vise à améliorer l'accès aux médecins, au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé, aux soins d'urgence axés sur le patient qui sont rationnalisés, à de meilleurs soins pour les personnes âgées, les personnes souffrant d'une maladie mentale et d'autres patients présentant des besoins complexes, à renforcer la sensibilisation au numéro d'urgence 911 et au numéro d'Info-Santé (811) et à financer des soins efficaces et de qualité. Trente-deux points prioritaires ont été établis dans le plan en vue d'une mise en œuvre de 2011 à 2014.

Dans le cadre du plan, 5 nouveaux Collaborative Emergency Centres (CEC) ont été ouverts pour donner aux citoyens

de la Nouvelle-Écosse vivant dans de petites communautés un meilleur accès aux soins de santé primaires, un accès, le jour même ou le lendemain, à des rendez-vous et un accès en tout temps aux soins d'urgence. Le Ministère a collaboré avec des partenaires du système pour intervenir dans plusieurs autres domaines liés à l'accès aux soins de santé. Cela comprenait une nouvelle unité d'évaluation rapide, l'ajout de 8 nouveaux lits d'hôpitaux pour l'autorité de santé du district de la capitale, et la création d'unités de traitement des accidents cérébro-vasculaires dans les hôpitaux régionaux de la province.

La Nouvelle-Écosse étendra également les services orthopédiques de préadaptation à trois autres sites dans la province et les mammographies plein champ dans onze sites fixes.

Accès aux services de médecine et de chirurgie dentaire assurés

Des solutions de financement novatrices, comme le financement global et les contrats de services personnels, ont permis d'améliorer le recrutement.

L'accès aux services médicaux assurés a aussi été amélioré grâce à la mise en œuvre des CEC, dont l'accès les soirs et les fins de semaine est amélioré.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, tant pour les étudiants canadiens en médecine que pour les médecins formés à l'étranger, coordonne les activités permanentes de recrutement et a financé le lancement d'un programme à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent faire une spécialisation après avoir exercé la médecine générale pendant deux ans dans la province.

5.2 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. Doctors Nova Scotia est reconnu comme seul agent négociateur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé et du Mieux-être discutent du financement global et d'autres conditions. L'entente fixe la valeur unitaire des services médicaux et traite d'autres points, comme l'Association canadienne de protection médicale, les avantages pour les membres, le paiement des services fournis à l'urgence, le financement pour le service de garde, les rajustements d'honoraires particuliers, les modes de règlement des différends et d'autres questions de méthode ou de consultation.

La rémunération à l'acte demeure le mode de paiement des services médicaux le plus répandu en Nouvelle-Écosse, mais il y a eu une augmentation marquée d'autres modes de paiement. En 1997-1998, environ 9 % des médecins étaient payés uniquement selon d'autres modes de paiement. En 2011-2012, la proportion de ces médecins était d'approximativement 23 %. Environ 64 % des médecins en Nouvelle-Écosse reçoivent l'ensemble ou une partie de leur rémunération grâce à d'autres mécanismes.

Les autres programmes de financement se répartissent en trois catégories :

1) le programme de financement de l'enseignement clinique (ces médecins se trouvent principalement à Halifax, au Queen Elizabeth II Health Sciences Centre (QEII) et au Centre de soins de santé IWK. La plupart des groupes de spécialistes universitaires sont rémunérés par des programmes de financement universitaires à l'exception des urologues, des radiologues des centres QEII et IWK, des obstétriciens et des gynécologues du centre IWK, des ophtalmologistes et des néphrologues;
2) des contrats sont actuellement en vigueur avec des spécialistes régionaux en anesthésie, en gériatrie, en néonatologie, en pédiatrie, en obstétrique-gynécologie et en soins palliatifs;
3) des arrangements contractuels sont également possibles avec des omnipraticiens dans certaines régions rurales, ainsi que des contrats avec des omnipraticiens ou des infirmières praticiennes pour soutenir les équipes interdisciplinaires dans des zones désignées.

Les tarifs de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et la Dental Association of Nova Scotia, selon un processus de négociation semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente actuelle a expiré le 31 mars 2011 et son renouvellement est en cours de négociation.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf autorités de santé de district (ASD), du Centre de soins de santé IWK et d'organisations autres que les ASD. Le budget provincial détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* a obtenu la sanction royale le 8 juin 2000. Elle a institué les neuf ASD et le IWK qui ont remplacé les conseils régionaux de santé de la province. Les ASD et le IWK sont chargés (selon l'article 20 de la Loi) de

surveiller la prestation des services de santé dans leur district et ont la pleine responsabilité d'expliquer leurs décisions relatives aux plans de santé communautaire par l'entremise des plans d'activités qu'elles soumettent au ministère de la Santé et du Mieux-être.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 des Hospital Insurance Regulations définissent les modalités de paiement, par le ministre de la Santé, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2011-2012, la Nouvelle-Écosse comptait 2 928 lits (soit 3,1 lits pour 1 000 habitants). Les dépenses directes liées aux coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés du ministère de la Santé et du Mieux-être ont augmenté pour atteindre 1,59 milliard de dollars.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le coût accordé par le gouvernement fédéral pour les services hospitaliers et de santé assurés fournis aux habitants de la province est reconnu dans la *Health Services and Insurance Act*. En outre, les communiqués et les reportages des médias font savoir à la population que le gouvernement fédéral verse des contributions permanentes à la province pour les soins de santé dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) ainsi que par d'autres appuis financiers.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCS dans diverses publications, y compris les documents suivants publiés :

- les comptes publics de 2011-2012 publiés le 30 septembre 2012;
- les prévisions budgétaires et des renseignements supplémentaires pour 2011-2012 publiés le 3 avril 2012.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	970 450	975 206	981 922	988 585	994 018

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	35	35	35	35	35
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)[3]	1 367 828 540	1 406 145 241	1 531 561 311 [4]	1 560 236 537	1 593 552 159
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) [5]	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	2 257	2 310	2 089	1 946	2 402
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	16 726 553	15 924 363	16 289 798	13 614 172	19 417 809
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	42 569	42 089	39 443	38 261	36 125
9. Total des paiements – malades externes ($)	8 946 688	11 558 634	11 180 204	10 978 035	12 375 773
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	1 257 620	1 190 016	1 286 181	788 368	2 176 921
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements – malades externes ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

3. Ceci comprend les paiments versés aux établissements publics, comme le précise l'indicateur 2.
4. L'exercice 2009-2010 comprend les paiements effectués aux autorités de santé de district pour la coordination des soins étant donné que le programme a été intégré à ces dernières au cours de l'exercice.
5. Scotia Surgery n'est pas considéré comme une entreprise privée, mais comme un hôpital (financé par le ministère de la Santé).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	2 290	2 343	2 401	2 434	2 473
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	555 659 788	598 546 450	637 434 810	661 968 168	681 963 292
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	258 751 069	266 174 648	301 217 024	301 629 014	309 391 089

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	212 404	215 490	197 580	195 538	211 030
20. Total des paiements ($)	7 606 977	7 671 840	7 362 277	7 426 414	8 297 188
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	2 701	3 051	3 418	3 092	3 295
22. Total des paiements ($)	134 729	161 555	200 452	169 312	185 142

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	27	29	55	26	28
24. Nombre de services fournis (#) [6]	5 831	6 254	6 536	6 913	7 228
25. Total des paiements ($) [7]	1 215 333	1 374 645	1 380 344	1 459 608	1 338 592

6. Le total des services comprend le financement global offert aux dentistes.
7. Le total des paiments ne comprend pas le financement global aux dentistes.

NOUVEAU-BRUNSWICK

INTRODUCTION

En 2011-2012, grâce à un leadership et à un partenariat efficaces, le système de santé du Nouveau-Brunswick a pu accroître son efficacité, sa souplesse et sa reddition de comptes dans les limites d'un budget très serré, tout en continuant de fournir au public des soins de grande qualité inspirant confiance.

Le Nouveau-Brunswick maintient son engagement envers les cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*, comme en témoignent le fonctionnement courant des divers éléments de son système de santé et les initiatives annoncées ou mises en œuvre en 2011-2012.

Pour obtenir des renseignements au sujet des programmes et des services du ministère, consultez le nouveau site Web du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick à l'adresse suivante : http://www.gnb.ca/0051/index-f.asp.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, le régime « d'assurance-santé » est connu sous le nom officiel de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et de son Règlement, le ministre de la Santé (le ministre) est responsable de la gestion et du fonctionnement du régime. La Loi et son Règlement établissent qui est admissible au régime de services médicaux, les droits du patient et les responsabilités du ministère de la Santé (le Ministère). La législation établit un régime d'assurance-santé et définit quels services médicaux sont assurés et lesquels ne le sont pas. En outre, la Loi prévoit le type d'ententes que le Ministère peut conclure avec les autres provinces, les territoires et la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour les services médicaux, la méthode d'évaluation des factures pour les services médicaux, ainsi que les questions de confidentialité et de protection des renseignements personnels qui se rattachent à l'application de la Loi.

1.2 Liens hiérarchiques

La direction des Services assurés et la direction de l'Admissibilité et des réclamations du Ministère sont chargées de gérer le régime de services médicaux. Le ministre rend des comptes à l'Assemblée législative dans le rapport annuel du Ministère et par le biais des processus législatifs réguliers.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit les régies régionales de la santé (RRS) et en énonce les pouvoirs, les fonctions et les responsabilités. En plus d'être responsable de l'application de la Loi, le ministre donne des directives à chaque RRS et peut lui déléguer des pouvoirs ou des fonctions supplémentaires.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes sont chargés de la vérification du régime de services médicaux.

1) Le Bureau du vérificateur général : En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général fait la vérification externe des factures du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les documents financiers du Ministère. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion des programmes, comme il le juge opportun.
2) Le Bureau du contrôleur : Le contrôleur est le vérificateur interne en chef du Nouveau-Brunswick. Il fournit des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs énoncés dans la *Loi sur l'administration financière*.
3) La Direction de la vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à titre de service à tous les niveaux de gestion. Le régime d'assurance-santé comprend également une équipe de surveillance et de vérification, chargée de la gestion de la conformité à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et à son Règlement ainsi qu'aux honoraires prévus et négociés.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont régis par l'article 9 du Règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers* et par la *Loi hospitalière*. En vertu du Règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les habitants du Nouveau-Brunswick ont droit aux services hospitaliers assurés ci-après, comme malades hospitalisés ou malades externes.

Les services assurés fournis aux patients hospitalisés comprennent : le logement et les repas; les soins infirmiers; les examens de laboratoire et les actes diagnostiques; les médicaments et l'utilisation des installations (p. ex. de chirurgie, de radiothérapie et de physiothérapie) et les services fournis par des professionnels au sein de l'établissement.

Les services externes assurés comprennent : les procédures de laboratoire et les procédures diagnostiques, les mammographies et les services externes offerts par un hôpital en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services liés à la fourniture de médicaments ou aux demandes de diagnostic présentées par un tiers.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et les règlements connexes énoncent les services médicaux assurés. Au 31 mars 2012, on comptait 1 618 médecins au Nouveau-Brunswick. Aucun médecin offrant des services de santé n'a choisi de se retirer du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick. Les médecins qui renoncent à l'assurance-maladie doivent remplir le formulaire prévu à cet effet et y indiquer le montant facturé au patient. Le bénéficiaire demande ensuite un remboursement en attestant, dans son formulaire de demande de remboursement, que les services ont été reçus, puis il envoie sa demande aux bureaux de l'assurance-maladie. Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie, sinon le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de lui fournir le service :

- il se retire du régime et les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie;
- en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le patient renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
- le patient a le droit d'obtenir des services d'un autre médecin qui participe au régime de services médicaux;
- le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer ce formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie.

Les services couverts par l'assurance-santé comprennent :

a) le volet médical de tous les services médicalement nécessaires fournis par les médecins;

b) certains actes de chirurgie dentaire pratiqués par un médecin ou un chirurgien-dentiste dans un établissement hospitalier.

Une personne, un médecin ou le Ministère peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est dirigé conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un nouveau service est habituellement fondée sur la définition de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement nécessaires pour maintenir la santé, prévenir les maladies et/ou diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Pendant la période visée par le présent rapport, 13 nouveaux codes de service ont été ajoutés.

- Pyéloplastie laparoscopique
- Pyéloplastie laparoscopique
- Néphrectomie laparoscopique
- Néphrectomie radicale laparoscopique
- Néphrectomie laparoscopique – ectopique
- Angiographie par tomodensitométrie – autre que coronarienne
- Épreuve de stress pharmacologique – seule
- Biopsie du ganglion sentinelle
- Biopsie du ganglion sentinelle, combinée à une autre intervention – système d'appoint
- Insertion d'une endoprothèse (wall stent), y compris à l'endoscope
- Fundoplicature de Nissen par laparoscopie
- Prise en charge d'une maladie chronique – BPCO
- Aponévrotomie à l'aiguille

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du Règlement 84-20 établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire assurés qui peuvent être fournis par un dentiste qualifié dans un hôpital à la condition que l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital.

De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions. Outre l'annexe 4 du Règlement 84-20, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ont ajouté l'accès à quelque 300 codes de service dans le guide du médecin (*Physician Manual*) et peuvent admettre des patients ou autoriser leur sortie en plus de faire des examens physiques, y compris en consultation externe. Ces chirurgiens peuvent aussi donner des consultations aux patients dans leur cabinet.

En date du 31 mars 2012, on comptait 104 chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et dentistes inscrits au Nouveau-Brunswick. Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins (voir la section 2.2) et doivent suivre les mêmes lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non inscrits au régime du Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services de diagnostic demandés par des tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques; les téléviseurs et les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers directement liés aux services énumérés à l'annexe 2 du règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Les services fournis aux ayants droit en vertu d'autres lois ne sont pas assurés.

Les services énumérés à l'annexe 2 du Règlement 84-20 du Nouveau-Brunswick établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services médicaux assurés par le régime d'assurance-santé, c'est-à-dire :

- la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;
- la correction d'un mamelon inverti;
- l'augmentation mammaire;
- l'otoplastie pour les personnes de plus de 18 ans;
- l'ablation de lésions cutanées mineures, sauf si elles sont effectivement précancéreuses ou soupçonnées de l'être;
- l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier agréé par la province ou le territoire où cet établissement est situé, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement est médicalement nécessaire;
- l'assistance chirurgicale pour la chirurgie de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison d'un risque d'échec opératoire autre que le risque inhérent à l'extraction même de la cataracte, à cause de la présence d'une maladie ou d'une autre complication;
- les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les prothèses;
- les vaccins, sérums, médicaments et produits biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- l'examen de dossiers médicaux ou les certificats demandés par un tiers ou d'autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien buccal et maxillo-facial;
- les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- les services fournis conjointement ou en rapport avec les services ci-dessus;
- les témoignages devant une cour ou tout autre tribunal;
- l'immunisation, les examens ou les certificats aux fins de voyage, d'emploi, d'émigration ou d'assurance, ou faits à la demande d'un tiers;
- les services fournis par des médecins ou des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux aux membres de leur famille immédiate;
- la psychanalyse;
- l'électrocardiographie (ECG) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- les actes de laboratoire non compris dans les honoraires d'examen ou de consultation;
- les réfractions;
- les services fournis dans la province par des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ou des dentistes pour lesquels les honoraires excèdent le montant payable en vertu du présent Règlement;
- l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles de contact;
- la chirurgie transsexuelle;
- les services de radiologie fournis dans la province par une clinique de radiologie privée;
- l'acupuncture;
- les examens médicaux complets effectués dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'inversion de vasectomies;
- une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- l'inversion d'une ligature des trompes;
- l'insémination intra-utérine;

- la chirurgie bariatrique, sauf si la personne a un indice de masse corporelle de 40 ou plus ou a un indice se situant entre 35 et 39 et souffre d'affections concomitantes liées à l'obésité;
- la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un établissement autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés à l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés. Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la Loi et son Règlement, pour garantir que les frais exigés pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des plâtres en fibre de verre) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès satisfaisant aux services assurés. Les lentilles intraoculaires sont maintenant fournies par les hôpitaux.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la conformité du service à la définition de « médicalement nécessaire », sur l'examen des régimes de services médicaux en place partout au pays et sur l'utilisation antérieure du service visé. La *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule qu'une fois le retrait du service décidé, le gouvernement ne peut apporter aucune modification au Règlement avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti par le ministre à cette dernière pour fournir son avis et ses recommandations soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est effectuée. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé par voie de communiqué. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

En 2011-2012, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les articles 3 et 4 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et du Règlement 84-20 définissent l'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick.

Les habitants doivent remplir une demande à l'assurance-santé et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne ou de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un habitant est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick; sont exclus les touristes, les personnes de passage et les visiteurs dans la province. Au 31 mars 2012, 748 406 personnes étaient inscrites au régime du Nouveau-Brunswick.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick (exception faite des enfants adoptés à l'extérieur du Canada) se voit imposer une période de carence avant de devenir admissible au régime d'assurance-santé. La couverture débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée. Les cas qui suivent font exception.

a) En juin 2010, le Règlement 84-20 pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* a été modifié de manière à ce que le conjoint ou la personne à charge d'un membre des Forces canadiennes qui est arrivé au Nouveau-Brunswick en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada ait droit au statut de bénéficiaire au premier jour de son arrivée s'il est réputé avoir établi sa résidence permanente dans la province.

b) En juin 2010, le Règlement 84-20 pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* a été modifié de manière à ce que les immigrants ou les résidents canadiens qui arrivent ou reviennent dans la province aient droit au statut de bénéficiaire au premier jour de leur arrivée s'ils sont réputés avoir établi leur résidence permanente dans la province. Ces personnes doivent présenter des documents à l'appui (documents de Citoyenneté et Immigration), et les décisions sur l'admissibilité ou la résidence sont prises au cas par cas.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé sont :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
  - À l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, du gouvernement fédéral, le 29 juin 2012, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Au moment de la compilation des données du présent rapport, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux tenaient des consultations au sujet des modifications à apporter aux lois sur la santé des provinces et des territoires pour que les membres de la GRC soient assurés dans le cadre des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.
- les détenus des établissements fédéraux;
- les résidents temporaires;
- un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;

- les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leurs études et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de leur province d'origine;
- les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (p. ex. un permis d'étude).

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-santé :

- Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration, qui normalement ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un habitant du Nouveau-Brunswick ou s'ils en sont le conjoint de fait.

Disposition prévue lorsqu'il y a un changement de statut :

- Les personnes congédiées ou libérées des Forces canadiennes ou de la GRC ou les détenus libérés d'un établissement fédéral sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération s'ils résident au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande, indiquer la date officielle de leur libération et fournir une preuve de citoyenneté.

3.2 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-santé sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un habitant admissible du Nouveau-Brunswick, ou s'ils sont conjoints de fait d'un habitant admissible, et s'ils possèdent toujours un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir un document d'immigration à jour.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Une personne est admissible à l'assurance-santé du Nouveau-Brunswick le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle s'est établie en permanence dans la province. La période d'attente de trois mois est imposée par la *Loi sur le paiement des services médicaux* du Nouveau-Brunswick.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les paragraphes 3(4) et 3(5) du Règlement 84-20 établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* définissent la transférabilité de l'assurance-santé pendant une absence temporaire ailleurs au Canada.

L'admissibilité des personnes suivantes au régime de services médicaux est prolongée :

- les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- les habitants qui travaillent temporairement dans une autre province ou un territoire;
- les habitants qui doivent voyager à l'extérieur de la province pour le travail.

Étudiants

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent la province pour poursuivre leurs études dans une autre province bénéficieront d'une couverture pour une période de 12 mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription;
- ils doivent communiquer avec l'assurance-santé tous les 12 mois;
- ils ne doivent pas avoir établi leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

Habitants

Les habitants qui travaillent temporairement dans une autre province ou un territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à 12 mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ils ne doivent pas avoir établi leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs

Le Nouveau-Brunswick a conclu des ententes officielles pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des ententes réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation de services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des habitants du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, à condition que les services fournis soient assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation soumise directement par un patient est remboursée à ce dernier.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les paragraphes 3(4) et 3(5) du Règlement 84-20 établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant des séjours temporaires à l'extérieur du Canada.

L'admissibilité des habitants du Nouveau-Brunswick qui s'absentent temporairement de la province est déterminée conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et à son Règlement et à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les habitants qui travaillent temporairement à l'extérieur du Canada bénéficient d'une couverture maximale de 12 mois (même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour plus de 12 mois) pourvu qu'ils n'élisent pas domicile à l'extérieur du Canada.

Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite l'approbation du Directeur, laquelle ne peut être accordée que pour une période maximale de 12 mois et ne sera accordée qu'une fois tous les trois ans. Les familles des travailleurs employés temporairement à l'extérieur du Canada continuent d'être couvertes par le régime à condition de résider au Nouveau-Brunswick.

Les habitants du Nouveau-Brunswick qui s'absentent pour plus de 12 mois doivent présenter une nouvelle demande d'assurance-santé à leur retour dans la province et sont assujettis à la période d'attente de trois mois imposée par la Loi. Toutefois, une « période de grâce » de 14 jours peut être accordée aux habitants qui se sont absentés temporairement de la province un peu plus de 12 mois.

Un habitant assuré qui reçoit des services d'urgence assurés à l'extérieur du pays est admissible à un remboursement de 100 $ par jour d'hospitalisation et de 50 $ par visite en consultation externe. L'habitant assuré est remboursé pour les services médicaux liés au traitement d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. La différence entre les tarifs est à la charge du patient.

Travailleurs mobiles

Les Travailleurs mobiles sont des habitants dont l'emploi exige qu'ils voyagent à l'extérieur de la province (p. ex. pilotes, camionneurs, etc.). Voici les conditions à respecter pour être désigné travailleur mobile :

- une demande écrite doit être soumise;
- il faut fournir de la documentation attestant le statut de travailleur mobile, comme une lettre de l'employeur confirmant la nécessité de déplacements fréquents à l'extérieur de la province, une lettre de l'habitant précisant que sa résidence permanente est située au Nouveau-Brunswick et indiquant à quelle fréquence il revient dans la province, une copie du permis de conduire du Nouveau-Brunswick et, si la personne travaille à l'extérieur du Canada, une copie des documents d'immigration qui l'autorisent à travailler à l'extérieur du pays;
- le travailleur doit retourner au Nouveau-Brunswick pendant ses congés.

Le statut de Travailleur mobile est attribué pour une période maximale de deux ans, après quoi l'habitant du Nouveau-Brunswick doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau de la documentation pour confirmer qu'il est toujours Travailleur mobile.

Employés contractuels

Tout habitant du Nouveau-Brunswick qui accepte un contrat à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et les documents suivants :

- une lettre de demande de l'habitant du Nouveau-Brunswick portant sa signature, des précisions sur son absence, y compris le numéro d'assurance-santé, l'adresse, les dates de départ et de retour, la destination, l'adresse de réexpédition et la raison de l'absence;
- une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise les dates de début et de fin de l'emploi.

Le statut de Travailleur contractuel est attribué pour une période maximale de deux ans. Toute demande additionnelle de statut de Travailleur contractuel doit être transmise au directeur des Services de l'assurance santé (l'admissibilité et les réclamations) à des fins d'approbation au cas par cas.

Étudiants

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de 12 mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-santé tous les 12 mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas avoir établi leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;

- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'assurance-santé couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, à la suite d'une approbation préalable seulement. Les habitants peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent de tels services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts.

Les habitants du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger, à condition qu'ils remplissent les conditions suivantes :

- le service requis, un service équivalent ou un autre service n'est pas disponible au Canada;
- le service est fourni dans un hôpital figurant sur la liste de l'édition courante de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de soins de santé, des réseaux, des alliances, des organismes de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- le service est fourni par un médecin;
- le service constitue une méthode de traitement acceptée reconnue par la communauté médicale et doit être considéré comme scientifiquement fondé au Canada. Les interventions expérimentales ne sont pas couvertes.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander l'approbation préalable de l'assurance-santé pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de la famille de ce dernier peut présenter une demande d'approbation préalable pour recevoir ces services à l'étranger, accompagnée de documents à l'appui provenant d'un ou de plusieurs spécialistes du Canada.

Les services assurés offerts à l'étranger, mais non offerts au Canada qui ne sont pas expérimentaux et qui ont été approuvés au préalable sont payés en totalité. Souvent, le montant payable est négocié avec le fournisseur par le réseau le Canadian Medical Network (réseau médical canadien) au nom de la province.

Les services qui suivent font l'objet d'une exemption selon la politique de couverture à l'étranger :

- Hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation préalable, et l'assurance-santé remboursera l'habitant à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 472 $ la séance.
- Tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement : tous les tests réalisés à l'extérieur du pays seront payés au taux maximal de 50 $ par jour, montant équivalant au coût d'une visite en consultation externe.

Une approbation préalable est également exigée pour l'aiguillage de patients vers des hôpitaux psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'Entente interprovinciale de facturation réciproque. Les services de lutte contre la toxicomanie ou les services de santé mentale du ministère de la Santé doivent faire une demande d'approbation préalable auprès des responsables de l'assurance-santé.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le système de santé du Nouveau Brunswick offre des soins de qualité à sa clientèle. Au Nouveau-Brunswick aucuns frais ne sont facturés pour des services de santé assurés, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Par conséquent, tous les résidents de la province ont un accès égal aux services.

La langue officielle d'un habitant n'est pas un facteur de limitation, quel que soit l'endroit dans la province où cet habitant reçoit des services.

5.2 Rémunération des médecins

Les paiements aux médecins et aux dentistes sont régis par les Règlements 84-20, 93-143 et 2002-53 établis en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, le salariat, la rémunération à la vacation ou d'autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit le financement des hôpitaux. La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques définies de la province.

Le Ministère distribue principalement les fonds disponibles aux régies régionales de la santé (RRS) du Nouveau-Brunswick selon la méthode du « niveau de service actuel » (NSA). La base de financement de la RRS de l'année précédente est le point de départ, à laquelle s'ajoutent les augmentations de salaire approuvées et un indice d'inflation pour les postes non salariaux. Cette méthode s'applique à tous les services cliniques fournis par les hôpitaux ainsi qu'aux services de soutien (p. ex. administration, buanderie, services alimentaires, etc.). Le financement

du Programme extra-mural (soins à domicile) fait également partie de la base de financement des RRS.

Le financement de FacilicorpNB, organisme de services partagés qui gère la technologie de l'information, le matériel et les composantes d'ingénierie clinique des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, est également fondé sur la méthode du NSA.

Toute demande de financement d'un nouveau programme ou service est présentée au sous-ministre de la Santé pour approbation. Les nouveaux programmes ou services approuvés sont financés selon les besoins, lesquels sont déterminés à l'occasion de discussions entre le ministère de la Santé et le personnel des RRS. Ces montants sont ajoutés à la base de financement une fois qu'il y a une entente sur les exigences en matière de financement.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le Nouveau-Brunswick reconnaît couramment le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées au titre du Transfert canadien en matière de santé dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. Les transferts fédéraux sont indiqués dans le budget principal des dépenses et dans les Comptes publics du Nouveau-Brunswick. Ces deux documents sont publiés annuellement par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	740 845	742 974	744 048	748 352	748 406

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	50	53	56	57	56
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	1 372 911 800	1 449 216 237	1 590 399 994	1 616 340 008	1 721 356 342
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0 [1]	0 [1]	0 [1]	0 [1]	0 [1]
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0 [1]	0 [1]	0 [1]	0 [1]	0 [1]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	4 363	3 919	4 036	4 537	3 925
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	42 267 067	37 772 992	37 343 696	44 337 432	38 410 486
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	51 406	46 824	49 005	44 444	32 310
9. Total des paiements – malades externes ($)	11 316 103	12 858 195	14 912 717	14 186 848	11 455 683
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	209	196	251	245	242
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	726 650	753 104	556 678	607 147	808 783
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	1 073	1 430	1 575	1 805	1 285
13. Total des paiements – malades externes ($)	441 575	561 855	883 980	798 355	857 130

1. Aucun établissement privé à but lucratif n'est exploité au Nouveau-Brunswick.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	1 453 [2]	1 500 [2]	1 571 [2]	1 588 [2]	1 618 [2]
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	421 547 901 [3]	441 197 899 [3]	505 899 089 [3]	538 111 685 [3]	543 148 047 [3]
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	254 454 602	260 939 796	273 030 951	279 663 511	306 092 105

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	213 710	197 023	266 918	209 868	182 746
20. Total des paiements ($)	11 998 933	11 607 119	16 206 261	11 965 539	13 221 951
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	5 990	4 175	5 885	4 610	5 072
22. Total des paiements ($)	487 679	341 618	440 957	568 937	635 020

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	21 [4]	26 [4]	26 [4]	14 [4]	23 [4]
24. Nombre de services fournis (#)	2 962	3 323	3 363	2 722	2 859
25. Total des paiements ($)	598 383	571 175	385 796	367 905	712 367

2. Nombre de médecins participant activement au régime le 31 mars de chaque année.
3. Montants préliminaires comprennant les montants prévus au budget pour les autres modes de rémunération. Les montants totaux pour la rémunération à l'acte ne comprend que les paiements automatisés.
4. Nombre de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale (CBMF) participant au régime des services médicaux du Nouveau-Brunswick chaque année financière. En 2011-2012, 23 des 104 dentistes et spécialistes en CBMF inscrits ont facturé le régime des services médicaux.

QUÉBEC

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie), organisme public établi par le gouvernement du Québec et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

1.2 Liens hiérarchiques

La *Loi sur l'administration publique* (L.R.Q., c. A-6.01) énonce les critères gouvernementaux pour la préparation de rapports sur la planification et la performance des autorités publiques, y compris le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.3 Vérification des comptes

Les deux régimes (le régime d'assurance hospitalisation du Québec et le régime d'assurance maladie du Québec) sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le vérificateur général de la province.

2.0 INTEGRALITE

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent: l'hébergement et les repas; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'extraction de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29) et les prestataires de l'assistance-emploi, les services optométriques, les services dentaires pour les enfants et les prestataires de l'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de l'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres appareils qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires de l'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les résidents du Québec qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. En 2011-2012, le régime d'assurance médicaments couvre 3,4 millions de personnes assurées.

2.2 Services médicaux assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins et qui sont requis au point de vue médical.

Les services de planification familiale déterminés par règlement et qui sont rendus par un médecin, ainsi que les services de procréation assistée déterminés par règlement.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an; la thermographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet; la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, à moins que ces services ne soient rendus dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'ils ne soient rendus dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste; tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet; tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

3.0 UNIVERSALITE

3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité de la personne. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour bénéficier des services de santé hospitaliers.

3.2 Autres catégories de personnes

Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la *Loi sur l'immigration* et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis

la qualité de résidents du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est fournie à certains travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, aux ressortissants étrangers admissibles en vertu d'une entente ou d'un accord conclu avec un pays ou une organisation internationale, ainsi qu'aux réfugiés. Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de plus de six mois deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

4.0 TRANSFERABILITE

4.1 Période d'attente minimale

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire et pourvu qu'ils en avisent la Régie, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province ou un territoire pour y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résident peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut de résident de la province. Il en va de même pour les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins spécialisés qui ne sont pas disponibles dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. À cet effet, la Régie rembourse le montant qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais rembourse la différence entre le coût facturé par l'Ontario et le montant remboursé par la Régie initialement. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 entre le Centre de santé Témiscaming et North Bay.

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'entente de facturation réciproque des services assurés en matière d'assurance hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au *per diem* établi pour l'hospitalisation en salle commune ou aux soins intensifs proposé par la province hôte et approuvé par l'ensemble des provinces et des territoires, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services fournis sur une base externe ou d'interventions coûteuses. Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou un territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et les employés d'un organisme sans but lucratif oeuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 pour cent dans les autres cas.

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $CA par traitement incluant les médicaments que la personne soit hospitalisée ou non. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour tels services au Québec. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger, tous les services assurés par le Régime d'assurance maladie sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

Par ailleurs, les résidents du Québec qui séjournent à l'étranger pour y étudier ou travailler sont couverts par le régime en vigueur dans le pays d'accueil, lorsque ce séjour s'effectue dans le cadre d'une entente de sécurité sociale conclue par le ministre de la Santé et des Services sociaux avec les pays visés.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les personnes assurées qui doivent recevoir, ailleurs au Canada ou dans un autre pays, des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas disponibles au Québec sont remboursés à cent pour cent avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service médical en question est disponible au Québec.

5.0 ACCESSIBILITE

5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation.

Au 31 mars 2012, le Québec comptait 113 établissements assumant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on dénombrait 20 658 lits de soins généraux et spécialisés de courte durée au permis de ces établissements. Selon les données les plus récentes disponibles, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y a eu entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011, 725 426 admissions pour des séjours de courte durée (incluant les nouveau-nés) et 366 560 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations ont représenté 5 189 506 jours d'hospitalisation.

Depuis 2003, le réseau de la santé québécois repose sur des réseaux locaux de services (RLS) couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au coeur de chacun des réseaux locaux se trouve le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée (i.e. les CHSLD) et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les CSSS doivent offrir à la population de leur territoire l'accès aux autres services médicaux, aux services hospitaliers généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux. Pour ce faire, ils doivent conclure des ententes de services avec d'autres organisations du secteur de la santé. Le maillage des services au sein d'un territoire constitue le réseau local de services. Ainsi, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés visent à amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de la population de leur territoire.

Depuis 2003-2004, des groupes de médecine de famille (GMF) ont été établis. Il s'agit d'un regroupement de médecins travaillant en équipe et en étroite collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels des CSSS pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Parmi leurs services, l'on compte notamment des consultations médicales avec et sans rendez-vous, sept jours sur sept et une réponse adaptée aux personnes dont l'état de santé requiert des modalités particulières d'accès aux services. Au 31 mars 2012, le Québec comptait 239 GMF accrédités et 49 cliniques réseaux sur son territoire.

5.2 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci ait été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé. Le ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

Selon les données les plus récentes disponibles, la Régie a versé, en 2011-2012 un montant évalué à 5 513,2 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 13,2 millions de dollars.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2011-2012 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 10,4 milliards de dollars, et les paiements versés pour des services hospitaliers aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 185,62 millions de dollars.

ONTARIO

INTRODUCTION

Le système de santé financé par l'État de l'Ontario est l'un des plus importants et des plus complexes au monde. Ce système est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 47,2 milliards de dollars en 2011-2012.

Le Ministère offre des services au public au moyen notamment des programmes suivants : assurance-santé, médicaments, appareils et accessoires fonctionnels, services psychiatriques médicolégaux et logement avec services de soutien, soins de longue durée, soins à domicile, santé communautaire et publique, ainsi que promotion de la santé et prévention des maladies. Il réglemente également les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, exploite les laboratoires médicaux et coordonne les services de soins d'urgence.

Quatorze réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) planifient, financent et intègrent les services de soins de santé locaux. En collaboration avec les RLISS qui sont responsables de la gestion des soins de santé à l'échelle locale, le Ministère dirige l'élaboration d'une orientation stratégique générale et l'établissement des priorités à l'égard du système de soins de santé provincial.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Soins de santé et planification des soins de santé en Ontario

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) gère le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) sans but lucratif. Le RASO a été établi en 1972 et est administré depuis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* des lois refondues de l'Ontario, 1990, ch. H-6, pour offrir une assurance à l'égard des coûts des services assurés fournis aux résidents de l'Ontario (au sens de la Loi sur l'assurance-santé) dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL) afin d'améliorer la santé des Ontariens par un meilleur accès à des services de santé de haute qualité, des soins de santé coordonnés et la gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelle locale. Depuis le 1er avril 2007, les RLISS sont entièrement responsables du financement, de la planification et de l'intégration des services de soins de santé à l'échelle locale, notamment ceux dispensés par les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire, les organismes de santé mentale et les organismes de lutte contre la toxicomanie.

La LISSL réaffirme aussi les principes de la *Loi sur les services en français* visant à garantir un accès équitable à des services en français pour les Ontariens d'expression française.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de la *Loi sur l'assurance-santé*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est responsable de l'administration et de l'application du RASO, et représente l'autorité publique de l'Ontario pour l'application de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

La LISSL oblige les RLISS à préparer un rapport annuel sur ses activités et ses opérations pour l'exercice précédent. Plus précisément, la Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre des comptes des organismes exige que chaque organisme de services opérationnels (y compris les RLISS) prépare un rapport annuel. Le ministre doit déposer les rapports à l'Assemblée législative de l'Ontario.

Le Ministère a conclu une entente de rendement avec chaque RLISS dans laquelle sont précisées les obligations, les mesures et les cibles des réseaux. Les ententes prévoient aussi les affectations de fonds par secteur. La LISSL confère aux RLISS le pouvoir de financer des fournisseurs de services de santé précisés et de conclure des ententes de responsabilisation à l'égard de services avec des fournisseurs de services de santé.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de l'Ontario rend son rapport d'examen des ressources et de l'administration du gouvernement. Le président de l'Assemblée législative dépose habituellement le rapport du vérificateur général à l'automne et il est alors mis à la disposition du public. Ce rapport annuel contient des rapports de vérification de certains secteurs du

Ministère que le vérificateur général a choisi d'examiner au cours de l'année; le plus récent rapport annuel a été publié le 5 décembre 2011.

Les comptes et les transactions du Ministère sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2011-2012 ont été publiés le 13 septembre 2012.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et le Règlement 552 régissent les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes en Ontario.

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés[1] comprennent les services médicalement nécessaires suivants : l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour préserver la santé, prévenir les maladies et aider à diagnostiquer et à traiter les blessures, les maladies et les incapacités; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'hébergement et les repas en salle commune.

Les services assurés aux malades externes comprennent les services médicalement nécessaires suivants : les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles; l'utilisation des services de conseils diététiques; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales; les services infirmiers nécessaires; la fourniture de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions) et de certains autres services déterminés, comme l'équipement, les fournitures et les médicaments fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison et certains médicaments précis administrés à la maison.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement régissent les services médicaux assurés.

En vertu de l'article 11.2 de la *Loi sur l'assurance-santé* et du paragraphe 37.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure sur le barème des prestations pour les services médicaux et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions précisées dans ce barème. Les médecins assurent la prestation de services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques, dont des services de soins de santé primaires. Les services sont offerts dans une variété de cadres, comme les cabinets privés, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes autorisés et les foyers de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés sont les suivants : le diagnostic et le traitement des incapacités médicales et des états pathologiques; les analyses et les examens médicaux; les actes chirurgicaux; les soins de maternité; l'anesthésie; la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés; la vaccination, les injections et les analyses.

Le barème des prestations fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés au moyen d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario.

En 2011-2012, la plupart des médecins ont présenté directement au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, conformément à l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé*, ou un nombre limité d'entre eux ont fait payer des personnes assurées, comme le permet l'article 15.2 de la Loi (voir également la Partie II de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le terme « médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement leurs services au RASO. Lorsqu'un médecin s'est retiré du régime, il facture un service à un patient (sans dépasser le montant du barème des prestations) sur la base d'une clause de maintien des droits acquis au 13 mai 2004 qui fait partie de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* promulguée le 23 septembre 2004.

Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et être établi en Ontario au moment où il rend ses services.

Environ 26 818 médecins ont soumis des réclamations au RASO en 2011-2012. Ce chiffre comprend les médecins

1. La liste complète des services offerts en milieu hospitalier est présentée aux articles 7 à 11 du Règlement 552, en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

rémunérés à l'acte et ceux faisant partie d'autres régimes de rémunération qui ont soumis des réclamations pro forma ou de suivi.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Certains services de chirurgie dentaire sont établis en tant que services assurés à l'article 16 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* et dans la liste des prestations dentaires. La *Loi sur l'assurance-santé* autorise le RASO à couvrir un nombre limité d'actes, à condition que l'acte soit médicalement nécessaire et qu'il est médicalement nécessaire que les services assurés soient fournis dans un hôpital public classé dans le groupe A, B, C ou D selon la *Loi sur les hôpitaux publics*, par un chirurgien-dentiste faisant partie du personnel dentaire de cet hôpital public.

En 2011-2012, 262 chirurgiens-dentistes ont fourni des services de chirurgie dentaire assurés en Ontario.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent, sans toutefois s'y limiter : les chambres privées ou semi-privées, sauf si elles sont prescrites par un médecin, les services d'un chirurgien buccal et maxillo-facial ou d'une sage-femme; le téléphone et la télévision; les frais associés à certains services d'une infirmière particulière et la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions.

L'article 24 du Règlement 552 présente une liste de certains services médicaux et de soutien qui ne sont pas assurés.

Les services médicaux non assurés comprennent notamment : les services non médicalement nécessaires; la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce ne soit pour faciliter un acte ou un examen; les conseils donnés par téléphone à la demande de l'assuré ou d'une personne qui le représente; la préparation et la transmission des dossiers à la demande de l'assuré; un service reçu totalement ou en partie en vue d'établir ou de remplir un document ou de communiquer des renseignements à un tiers dans des circonstances spécifiées; la production ou la rédaction d'un document ou la communication de renseignements à toute personne autre que l'assuré, dans des circonstances spécifiées; la remise d'une ordonnance sans qu'un service assuré concomitant soit rendu; les traitements d'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de recherche et d'enquête; les traitements expérimentaux et les frais d'appels interurbains.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-santé* précise que chaque résident de l'Ontario a le droit de devenir un assuré en vertu du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), sur demande à cet effet. Pour être considéré comme un résident de l'Ontario et être couvert par le RASO, il faut satisfaire aux exigences suivantes, énoncées dans le Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* :

- être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant, conformément au Règlement 552 en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*;
- établir sa résidence habituelle en Ontario;
- sous réserve de certaines exceptions, être effectivement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de 12 mois;
- en ce qui concerne la plupart des nouveaux résidents ou des résidents de retour dans la province, être effectivement présent en Ontario pendant 153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la résidence a été établie en Ontario (autrement dit, une personne ne peut être absente de la province plus de 30 jours au cours de ses six premiers mois de résidence).

Les personnes ne satisfaisant pas à la définition de résident de l'Ontario ne sont pas admissibles à la couverture du RASO, y compris celles qui ne détiennent pas le statut d'immigrant ou un autre statut conformément au Règlement 552, par exemple les touristes, les personnes de passage ou les personnes en visite dans la province. Les services auxquels une personne a droit en vertu d'un régime fédéral ne sont pas assurés (c.-à-d. les services offerts aux détenus des pénitenciers fédéraux et aux membres des Forces canadiennes).

La demande d'admissibilité d'une personne qui n'était auparavant pas admissible au RASO pourrait être acceptée lorsque son statut ou sa situation de résidence changent (p. ex., lors d'un changement du statut d'immigrant) sous réserve de satisfaire aux exigences du Règlement 552.

S'il est déterminé qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du RASO, une demande de révision de la décision peut être soumise au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Toute personne peut faire une telle demande de révision par le Ministère en s'adressant par écrit au Comité d'examen de l'admissibilité à l'Assurance-santé. De plus, toute personne qui n'est pas satisfaite de la décision relative à son admissibilité au RASO peut porter son cas en appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS).

Le MSSLD est le seul payeur des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés par le RASO. Un résident de l'Ontario admissible ne peut obtenir d'un autre régime des prestations à l'égard de services assurés par le RASO (sauf au cours de la période d'attente imposée par le RASO).

En date du 31 mars 2012, environ 13,2 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au RASO et détenaient une carte Santé valide et active.

3.2 Autres catégories de personnes

Le MSSLD fournit une couverture pour soins de santé à d'autres résidents de l'Ontario qui ne sont ni citoyens canadiens, ni résidents permanents (immigrants reçus).

Ces résidents doivent fournir des documents acceptables attestant leur statut d'immigrant admissible, l'établissement de leur résidence en Ontario et leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents (immigrants reçus).

Les personnes énumérées ci-après qui résident en Ontario peuvent être admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, conformément au Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Ces personnes doivent présenter en personne leur demande d'inscription au RASO. L'inscription au RASO se fait auprès de ServiceOntario, qui a le mandat de fournir les services de première ligne de l'ensemble du gouvernement aux résidents de l'Ontario, y compris la délivrance de la carte Santé de l'Ontario avec photo.

Demandeurs du statut de résident permanent : Ce sont les personnes qui ont présenté une demande de statut de résident permanent à Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), et pour lesquelles CIC a confirmé qu'elles remplissent les conditions d'admissibilité pour présenter une demande de résidence permanente au Canada et que leur demande n'a pas déjà été refusée.

Personnes protégées : Ce sont les personnes qui sont réputées être des personnes protégées au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du gouvernement fédéral. Les membres de ce groupe reçoivent une couverture immédiate du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Titulaires de permis de séjour temporaire : CIC délivre un permis de séjour temporaire à une personne lorsqu'il existe des raisons impérieuses d'accepter la personne au Canada, qui serait autrement inadmissible en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du gouvernement fédéral. Chaque permis de séjour temporaire affiche un type de cas, ou désignation numérique, qui indique les circonstances autorisant l'entrée de la personne au Canada. Les personnes qui détiennent un permis correspondant aux types de cas 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95 ou 80 (si pour l'adoption) sont admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les personnes qui détiennent un permis correspondant aux types de cas 80 (sauf pour l'adoption), 81, 84, 85 et 96 ne sont pas admissibles à la couverture du RASO.

Ecclésiastiques, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant : Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation ou d'un groupe religieux en Ontario pendant au moins six mois, pourvu qu'elle soit légalement autorisée à rester au Canada.

Un travailleur étranger est admissible à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario s'il a reçu de CIC un permis de travail ou tout autre document qui lui permet de travailler au Canada et qui a conclu une entente officielle de travail à temps plein avec un employeur en Ontario. Le permis de travail ou le document délivré par CIC, ou encore une lettre fournie par l'employeur doivent préciser le nom de l'employeur ainsi que le poste que la personne occupera chez celui-ci, et préciser que la personne travaillera pour celui-ci pendant une période minimale de six mois consécutifs.

Un conjoint ou une personne à charge (âgée de moins de 22 ans, ou de 22 ans ou plus dans le cas où elle est à charge en raison d'une incapacité mentale ou physique) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible est également admissible à la couverture du RASO, pourvu qu'il soit légalement autorisé à rester au Canada.

Aides familiaux résidents : Les aides familiaux résidents admissibles sont des personnes qui détiennent un permis de travail valide, conformément au Programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) administré par le gouvernement du Canada. En ce qui concerne les travailleurs du PAFR, il n'est pas obligatoire que le permis de travail énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

Demandeurs de la citoyenneté canadienne : Ces personnes sont admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario si elles ont présenté une demande de citoyenneté canadienne aux termes de l'article 5.1 de la *Loi sur la citoyenneté* du gouvernement fédéral, même si leur demande n'a pas encore été approuvée, pourvu que CIC ait confirmé que ces personnes remplissent les conditions d'admissibilité pour présenter une demande de citoyenneté en vertu de cette loi et que la demande n'ait pas été refusée.

Travailleurs agricoles saisonniers : Les travailleurs agricoles saisonniers sont des personnes qui détiennent un permis de travail conformément au Programme des travailleurs saisonniers agricoles administré par le gouvernement du Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles

migrants n'ont à satisfaire à aucune autre exigence concernant la résidence et ont immédiatement droit à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Enfants nés à l'étranger : L'enfant d'une mère admissible au RASO ayant été transférée de l'Ontario pour recevoir des services de santé assurés dont le paiement a été préalablement approuvé est immédiatement admissible au RASO, pourvu que la mère fût enceinte au moment de son départ de l'Ontario.

3.3 Primes

Les Ontariens n'ont à payer aucune prime pour être couverts par le RASO. Une contribution santé de l'Ontario est prélevée par le système d'impôt sur le revenu provincial, mais elle n'est d'aucune façon liée à l'inscription ou à l'admissibilité au RASO. La responsabilité de l'administration de la contribution-santé de l'Ontario incombe au ministre des Finances de l'Ontario.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Conformément à l'article 5 du Règlement 552 en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, les personnes qui déménagent en Ontario sont normalement admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues à l'article 6, paragraphes 6.1, 6.2 et 6.3 du Règlement, et au paragraphe 11(2.1) de la Loi ne s'appliquent.

Conformément à l'article 5 du Règlement 552 en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes qui déménagent de façon permanente en Ontario en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada où elles étaient assurées seront normalement admissibles à la couverture du RASO après le dernier jour du deuxième mois complet suivant l'établissement de leur résidence (c.-à-d. une « période d'attente interprovinciale »).

L'évaluation visant à déterminer si la période d'attente interprovinciale est applicable a lieu lorsque la personne présente sa demande d'inscription au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les personnes exemptées de la période d'attente de trois mois en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et de son Règlement sont entre autres les suivantes : les nouveau-nés, les membres de la famille de militaires admissibles et les résidents assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Ontario et deviennent immédiatement pensionnaires d'un établissement de soins de longue durée approuvé de l'Ontario.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les services assurés fournis à l'extérieur de la province sont précisés aux articles 28, 28.0.1 et 29 à 32 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, qui prévoit que les résidents assurés de l'Ontario temporairement absents de la province peuvent utiliser leur carte Santé de l'Ontario pour obtenir des services médicaux (sauf au Québec) et hospitaliers assurés.

Un assuré qui quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada, sans établir sa résidence dans une autre province ou un territoire, peut continuer d'être couvert par le RASO pendant une période maximale de 12 mois.

Un assuré qui accepte ou cherche temporairement un emploi dans une autre province ou un territoire peut continuer d'être couvert par le RASO pendant une période maximale de 12 mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario plus de 12 mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada peuvent être admissibles à une couverture d'assurance-santé continue pendant la durée de leurs études à temps plein, à la condition de ne pas établir leur résidence permanente ailleurs pendant cette période. Pour rester admissibles au RASO, les étudiants doivent fournir au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) des documents de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres assurés de leur famille (conjoint ou conjointe et personnes à charge) qui les accompagnent dans une autre province ou un territoire durant leurs études sont également admissibles à une couverture continue.

Conformément au Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, la plupart des résidents assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier à l'extérieur de l'Ontario, mais au Canada, et conserver la couverture du RASO, doivent avoir résidé dans la province pendant au moins 153 jours au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement leur départ de l'Ontario.

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et externes conclues entre toutes les autres provinces et les territoires. Le paiement est fait au tarif d'hospitalisation convenu en vigueur dans la province ou le territoire où le malade a été hospitalisé.

Dans le cas des consultations externes, l'Ontario paie les frais normaux établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. L'Ontario participe

également aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés conclues entre les provinces et les territoires, à l'exception du Québec (qui n'a signé aucune entente de facturation réciproque des services médicaux avec une autre province ou un territoire). Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au MSSLD pour que ces services leur soient remboursés à titre de services assurés aux tarifs en vigueur en Ontario.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les articles 1.7 à 1.14 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* régissent la couverture d'assurance-santé des résidents assurés de l'Ontario au cours de séjours prolongés (de plus de 212 jours) à l'extérieur du Canada.

Le Ministère exige que les résidents demandent au MSSLD de confirmer cette couverture avant leur départ et qu'ils fournissent des documents expliquant les raisons de leur absence.

Conformément à la réglementation et à la politique du MSSLD, la plupart des demandeurs doivent également avoir résidé en Ontario au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de 12 mois précédant la date prévue de leur départ.

La période pendant laquelle le MSSLD pourra fournir à une personne la couverture continue du RASO au cours d'un séjour prolongé à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

RAISON	COUVERTURE DU RASO
Études	Durée des études à temps plein (illimitée)
Travail	Périodes de cinq ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Bénévolat	Périodes de cinq ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Vacances ou autres	Périodes de deux ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant cinq ans entre chaque absence)

Certains membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture du RASO lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger.

Le paiement des services fournis à l'étranger est couvert en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et des articles 29 et 31 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés au tarif quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 $ CAN pour les services aux malades hospitalisés pour le niveau de soins décrit dans le Règlement et 200 $ CAN pour tout autre niveau de soins;
- un maximum de 50 $ CAN pour les services aux malades externes (sauf la dialyse);
- un maximum de 210 $ CAN pour les services de dialyse aux malades externes.

Au cours de 2011-2012, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans le Règlement en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* ou au montant facturé, si ce dernier était inférieur. Les frais des services d'urgence médicalement nécessaires ou des services fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital ou un établissement de santé autorisé. Les services de laboratoire médicalement nécessaires fournis à l'étranger dans une situation d'urgence sont remboursés au montant calculé selon la formule énoncée à l'alinéa 29(1)*b*) du Règlement ou au montant facturé si ce dernier est inférieur, lorsque ces services sont effectués par un médecin, et au montant calculé selon la formule énoncée à l'article 31 du Règlement, lorsqu'ils sont offerts par un laboratoire.

4.4 Exigence d'approbation préalable

Aux termes de l'article 28.4 en vertu du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation écrite du MSSLD pour le paiement de services de santé non urgents reçus à l'extérieur du Canada avant que les services médicaux soient fournis. Le patient peut avoir droit à la couverture complète de services de santé assurés reçus à l'étranger lorsqu'aucun service identique ou équivalent n'est offert en Ontario ou que le délai d'obtention du service en Ontario est tel qu'il peut entraîner le décès ou des lésions tissulaires irréversibles importantes du point de vue médical.

En général, la demande d'approbation préalable doit établir ce qui suit :

- les services ou les analyses sont médicalement nécessaires;
- aucun service identique ou équivalent n'est offert en Ontario, ou un service identique ou équivalent est offert en Ontario, mais la personne assurée doit se rendre à l'étranger pour éviter une période d'attente qui risquerait d'entraîner son décès ou des lésions tissulaires irréversibles importantes du point de vue médical;
- les services ou les analyses sont généralement acceptés par les membres de la profession médicale de l'Ontario comme appropriés pour une personne dans la même situation que la personne assurée;

- le service n'est pas fourni ou l'analyse n'est pas effectuée à titre expérimental;
- le service n'est pas fourni ou l'analyse n'est pas effectuée dans le cadre de recherches ou d'une étude;
- avant que tout service de santé ne soit rendu, le directeur général doit en approuver le paiement par écrit.

L'article 28.4 du Règlement 552 présente d'autres exigences particulières s'appliquant selon la nature du service pour lequel on demande un paiement.

Les exigences liées au paiement des analyses de laboratoire non urgentes effectuées à l'étranger sont décrites à l'article 28.5 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Il n'existe pas de processus d'approbation préalable officiel dans le cas de services fournis aux résidents admissibles de l'Ontario à l'extérieur de la province, mais à l'intérieur du Canada, si le service assuré est couvert par les ententes de facturation réciproque.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont offerts aux résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, au sens de la *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement.

L'accessibilité aux services assurés est protégée en vertu de la partie II, « Accessibilité aux services de santé », de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. La Loi interdit à toute personne ou entité d'accepter ou de demander des honoraires ou d'autres avantages pour des services assurés rendus à une personne assurée, sauf dans certains cas prévus par la Loi. Elle interdit également aux médecins, aux praticiens et aux hôpitaux de refuser de fournir un service assuré à un assuré qui choisit de ne pas payer un « montant forfaitaire » pour un service non assuré. En outre, la Loi interdit à toute personne ou entité d'effectuer un paiement, de demander des honoraires, ou d'accorder ou accepter un paiement ou un autre avantage en échange d'un accès privilégié à un service assuré par une personne assurée.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) fait enquête sur toutes les infractions possibles à la partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* qui sont portées à son attention. Si le Ministère découvre qu'un patient a été victime de surfacturation, il s'assure que le montant est remboursé au patient.

Le MSSLD a mis en œuvre un système de validation des cartes Santé pour aider les fournisseurs de soins de santé à avoir accès à l'information demandée relative au RASO et au paiement des réclamations. Ce système permet au fournisseur de vérifier en temps réel le statut de la carte Santé de l'Ontario (et son code de version) du patient afin de savoir si ce dernier est admissible à recevoir des soins de santé financés par la province, ce qui réduit le nombre de réclamations refusées. S'ils possèdent un numéro de facturation valide et actif émis par le Ministère, les fournisseurs de soins de santé peuvent s'inscrire aux services de validation. Si un patient qui n'a pas de carte Santé valide en sa possession a besoin de services assurés, après avoir obtenu le consentement du patient à cet effet, le fournisseur peut obtenir le numéro de carte Santé grâce à un processus accéléré offert en tout temps (24 heures sur 24 heures et 365 jours par année) aux médecins par ServiceOntario au moyen du service de vérification des numéros de carte Santé.

Selon la *Loi sur les hôpitaux publics*, les hôpitaux publics ontariens n'ont pas le droit de refuser l'admission d'un patient si un tel refus mettait la vie de la personne en danger.

En ce qui concerne les soins de courte durée, les services prioritaires sont les services hospitaliers très spécialisés qui permettent d'intervenir lorsqu'un état pathologique met la vie du patient en danger, comme les transplantations d'organes, les chirurgies et les traitements contre le cancer et les services neurologiques. Ils sont souvent onéreux et leur nombre croît rapidement, ce qui a eu pour effet de soulever des préoccupations à propos de l'accès. De façon générale, ces services sont gérés à l'échelle provinciale, pendant une période limitée.

Les services prioritaires de soins de courte durée comprennent ceux qui suivent :

- certains services cardiovasculaires;
- certains services d'oncologie;
- les services liés aux maladies chroniques du rein;
- les services de soins intensifs;
- les dons d'organes et de tissus et les transplantations d'organes.

Soins de santé primaires : En 2010-2011, l'Ontario a continué d'harmoniser ses modèles existants et nouveaux de prestation des soins de santé primaires en vue d'améliorer et d'accroître l'accès de tous les Ontariens à des services médicaux primaires. Les divers modèles de rémunération des médecins offrant des soins primaires favorisent l'accès à des soins de santé primaires complets à l'échelle de la province, ainsi que pour certains groupes cibles et dans les collectivités éloignées insuffisamment desservies.

Accès Soins : Accès Soins aide les Ontariens qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé pour leur famille (médecin de famille, personnel infirmier praticien) à en trouver un. Accès Soins dirige les personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé pour leur famille vers un médecin de famille, du personnel infirmier praticien de leur collectivité qui accepte de nouveaux patients.

En 2011-2012, le MSSLD a continué d'administrer diverses initiatives afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé dans l'ensemble de la province. L'Ontario a entrepris des initiatives afin d'augmenter la taille de son bassin de médecins selon des besoins fondés sur des données probantes et encourage leur maintien en poste et en améliore la répartition dans la province par des mesures telles les suivantes :

- collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités afin d'augmenter le nombre d'admissions aux programmes de premier cycle des écoles de médecine;
- augmentation du nombre de postes de niveau postdoctoral en médecine familiale et pour les spécialités du Collège royal;
- augmentation des possibilités de formation clinique dans les régions rurales et éloignées pour les étudiants en médecine;
- soutien à l'École de médecine du Nord de l'Ontario;
- soutien aux programmes de formation et d'évaluation des diplômés étrangers en médecine et des autres médecins qualifiés qui ne satisfont pas à certaines exigences requises pour exercer en Ontario;
- appui à l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionSantéOntario afin de faciliter le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé dans les collectivités de l'Ontario qui en ont besoin.

Les deux initiatives suivantes ont pour but d'améliorer l'accès dans l'ensemble de l'Ontario, y compris dans les collectivités rurales et du Nord : l'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales (initiative NRRR) de ProfessionsSantéOntario et le Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales.

- Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales de ProfessionsSantéOntario : L'initiative NRRR (lancée en avril 2010) appuie le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les collectivités rurales et du Nord. L'initiative NRRR fournit des incitatifs financiers aux médecins et aux nouveaux diplômés en médecine afin qu'ils s'établissent et exercent leur profession dans une collectivité du Nord ou dans une région fortement rurale dont l'indice de ruralité de l'Ontario est de 40 ou plus, ou encore dans l'un des cinq principaux centres urbains des services régionaux du Nord (Thunder Bay, Sudbury, North Bay, Sault Ste. Marie et Timmins).
- Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales : Les subventions accordées dans le cadre de ce programme aident à financer les frais de déplacement des résidents du Nord de l'Ontario qui doivent parcourir de longues distances pour obtenir des services assurés par le RASO qui ne sont pas offerts dans un rayon de 100 km de leur localité. Les subventions sont conçues pour garantir l'accès aux services médicaux spécialisés ou aux actes réalisés dans des établissements de soins de santé désignés. Le Programme favorise également l'utilisation des services spécialisés offerts dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage les spécialistes à exercer leur profession et à demeurer dans le Nord.

5.2 Rémunération des médecins et services de chirurgie dentaire

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Certains sont rémunérés à l'acte, et cette rémunération est fondée sur le barème des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres sont rémunérés selon des modèles de soins de santé primaires (comme les modèles de paiement par capitation combinés), selon d'autres modèles de rémunération, ou selon les nouvelles ententes de rémunération des médecins des centres de santé universitaires.

En 2011-2012, 97 % des omnipraticiens ont reçu une rémunération à l'acte du RASO, mais moins de 30 % d'entre eux étaient uniquement rémunérés à l'acte. Les autres médecins de famille de l'Ontario ont été rémunérés selon l'un des modèles de santé primaire suivants : les modèles de soins intégrés, les groupes de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les organisations de santé familiale, les soins de santé communautaire, l'Entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord (EGMMRN), le Partenariat de services de santé, le modèle salarial combiné et les ententes spécialisées. Le modèle des équipes de santé familiale s'inspire des modèles existants de rémunération des médecins qui offrant des soins de santé primaires en finançant les équipes multidisciplinaires de professionnels des soins de santé, composées notamment du personnel infirmier praticien, du personnel infirmier, de travailleurs sociaux et de diététistes. On retrouve des équipes de santé familiale partout en Ontario, dans les régions urbaines et rurales; leur taille, leur structure, leur portée et leur gouvernance varient. Les médecins qui font partie d'équipes de santé familiale sont rémunérés selon l'un des trois modes de rémunération suivants : les modèles de paiement par capitation combinés (comme les réseaux ou les organisations de santé familiale), les modèles complémentaires (EGMMRN ou autres ententes spécialisées) et le modèle salarial combiné (pour les équipes de santé familiale communautaires).

Le MSSLD négocie la rémunération des médecins avec l'Association médicale de l'Ontario (AMO). Une dernière entente quadriennale sur les services de médecin est venue à échéance le 31 mars 2012. Elle était axée sur l'accès aux soins de santé familiale et la réduction des temps d'attente dans les services d'urgence. L'Entente prévoit le versement d'une somme forfaitaire de 3 % aux médecins la première année ainsi que des augmentations du barème des prestations, dont 5 % la deuxième année, 3 % la troisième année et 4,25 % la quatrième année. Le financement a aussi servi à favoriser la stabilité des médecins et à appuyer les priorités du gouvernement, telles que la santé mentale, et à récompenser les groupes de médecins qui œuvrent en collaboration avec d'autres fournisseurs de services.

En ce qui a trait aux services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLD négocie les changements au barème des prestations avec l'Association dentaire de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLD et l'Association ont convenu d'un accord de financement pluriannuel pour les services dentaires. Cet accord est en vigueur depuis le 1er avril 2003.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui tient compte de l'augmentation de la charge de travail, de l'augmentation des coûts des services prioritaires de la province, des stratégies de réduction des temps d'attente et des coûts associés à la croissance du volume de services supérieure à la moyenne dans certains secteurs géographiques. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

À partir du 1er avril 2012, l'Ontario effectuera une transition vers un système de financement fondé sur les patients pour le financement des hôpitaux. Le financement fondé sur les patients (FFP) fera passer le système actuel de financement qui est principalement fondé sur des budgets globaux à une approche de financement par activité grâce auquel les patients reçoivent les soins appropriés, au bon endroit, au bon moment et au meilleur prix. Le FFP propose une approche intégrée pour le financement du système de santé et place le patient au centre de toutes les décisions sur les soins de santé en regroupant les paiements faits aux fournisseurs de service et en adoptant le principe selon lequel « l'argent suit le patient ». Le FFP sera aussi appliqué à l'approche de financement de la Stratégie de réduction des temps d'attente en Ontario, liant la majeure partie du financement des hôpitaux aux types, aux volumes et à la qualité des soins qu'ils fournissent. Le FFP constitue un changement considérable par rapport au mode de financement actuel des hôpitaux ontariens, qui repose encore largement sur des budgets globaux découlant de budgets établis en 1969.

Le FFP comporte deux composantes clés : le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) et le financement des actes médicaux de qualité clinique (AMQC), qui ensemble compteront pour 70 % du financement total des fournisseurs de services de santé à la fin de la période de mise en œuvre de trois ans.

- Financement organisationnel : alloué aux fournisseurs de services de santé en fonction des caractéristiques des populations servies. Un modèle spécifique, appelé Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), est utilisé pour allouer le financement aux hôpitaux et aux centres d'accès aux soins communautaires; cette allocation ne fait ni augmenter ni diminuer le financement en général; elle représente une manière de distribuer les fonds disponibles.
- Actes médicaux de qualité clinique : des groupes précis de patients débouchent sur une amélioration de la qualité et de la rentabilité du système de santé grâce à une approche de « prix x volume ». Le prix pour chaque groupe de patients sera basé sur des pratiques fondées sur des données probantes et sur des cheminements cliniques acceptés élaborés par des dirigeants cliniques et administratifs.
- Les budgets globaux continueront à être utilisés pour payer des activités qui ne peuvent pas être modélisées ou qui sont uniques, comme les coûts des services aux patients externes.

Les actes médicaux de qualité clinique font partie intégrante du FFP. Ils sont des groupes précis de services aux patients qui offrent aux fournisseurs de soins de santé l'occasion de partager des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui déboucheront sur une amélioration de la qualité et de la rentabilité. L'approche des actes médicaux de qualité clinique se fonde sur des données probantes portant sur des groupes cliniques ciblés dans l'ensemble de la province. La structure et le niveau des tarifs des actes médicaux de qualité clinique sont établis de manière à représenter un incitatif et à offrir un remboursement adéquat aux fournisseurs qui donnent des soins de haute qualité.

Les actes médicaux de qualité clinique ont été définis en utilisant un cadre fondé sur des données probantes qui donne quatre perspectives pour répertorier les secteurs où il est possible de réduire la variation, d'améliorer les résultats, la sécurité, l'efficacité et l'approche centrée sur le patient. Les quatre quadrants du cadre sont axés sur la qualité et renforcent l'importance de l'harmonisation entre la qualité et le financement.

La mise en œuvre du financement fondé sur les patients sera un élément habilitant essentiel de la transformation du système de santé; il vise à satisfaire aux besoins des patients et des populations, à encourager l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'intégration et à appuyer les objectifs de transformation du

système énoncés dans la Loi sur l'excellence des soins pour tous (LEST). Avec la mise en œuvre de la LEST et du FFP, le financement par activité sera combiné avec le financement global afin de créer un système qui favorise l'accès, la qualité et l'efficacité et d'établir des mécanismes de financement conformes aux objectifs des politiques et des systèmes, tout en garantissant la limitation des coûts globaux. La mise en œuvre du FFP constitue une réforme structurelle essentielle pour réduire la croissance des dépenses en santé qui atteint actuellement entre 6 % et 7 % par année, pour atteindre 3,1 % d'ici 2012-2013.

À l'échelle internationale, des modèles de FFP sont mis en œuvre depuis 1983. Bien que l'Ontario soit une des dernières instances de premier plan à adopter cette approche, cela permettra à la province de tirer avantage des pratiques exemplaires et des leçons apprises à l'étranger dans la création d'un modèle de financement qui est le plus approprié pour l'Ontario.

Le FFP prévoit que les patients, les clients et les résidents seront traités dans l'établissement qui convient le mieux au niveau d'acuité des soins dont ils ont besoin et permet de rémunérer les fournisseurs selon les services rendus afin d'assurer la prestation de services adéquats et le maintien de l'accès. Le FFP appuie la planification de la capacité du système et l'amélioration de la qualité en liant directement le financement aux résultats pour les patients. Avec sa stratégie Excellence des soins pour tous, le gouvernement de l'Ontario tente d'inculquer un changement de culture important au sein du système provincial de soins de santé et adopte une nouvelle approche du financement des soins de santé au moyen d'un programme de qualité. Cette approche de financement créera un contexte financier qui permettra aux fournisseurs de rentabiliser leurs investissements dans les améliorations de qualité, offrira un financement en fonction de la qualité des soins fournis et encouragera la pratique fondée sur l'expérience clinique. Le FFP est considéré comme un important mécanisme dans le renforcement du lien entre la prestation de soins de haute qualité et la viabilité financière et joue un rôle important dans l'avancement du programme d'amélioration de la qualité du gouvernement de l'Ontario ainsi que de son Plan d'action en matière de soins de santé.

Dans le cadre de leurs responsabilités à l'égard du système de soins de santé local, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont négocié des ententes de responsabilisation de services hospitaliers (ERS-H) de deux ans avec les hôpitaux et supervisaient la Présentation de planification hospitalière annuelle, qui étaient les précurseurs des ERS-H. Même si la vision prévoyait des ententes de trois ans, la réalité financière fait en sorte que les projections de financement pour trois ans ne sont pas réalistes. Par conséquent, les ERS H de deux ans 2008-2010 seront prolongées afin de couvrir 2012-2013 et mises à jour afin qu'elles respectent les modifications aux lois et aux politiques. Une fois signée, la modification de l'entente 2012-2013 est en vigueur du 1er avril 2012 au 31 mars 2013.

Les hôpitaux publics soumettent aux RLISS des présentations de planification qui sont le résultat de vastes consultations auprès des établissements (p. ex., avec le personnel à tous les échelons, les syndicats, les médecins et le conseil), de la collectivité et de la région. Certaines données publiées dans les présentations de planification sont utilisées pour remplir des tableaux de volumes de services et fixer des cibles de rendement qui forment la base contractuelle de l'ERS-H.

L'ERS-H présente les conditions générales relatives aux services fournis par l'hôpital, les fonds qu'il recevra, le rendement attendu, ainsi que les niveaux de service. Dans le cadre de l'entente, divers indicateurs de rendement sont surveillés, gérés et évalués. Ces indicateurs visent à décrire les aspects suivants :

- l'expérience humaine (p. ex. la durée du séjour à la salle d'urgence);
- la santé organisationnelle (p. ex. le ratio de liquidité [consolidé] et la marge totale [consolidée]);
- l'accès des patients et les résultats (p. ex., les volumes globaux, soit les volumes cibles attendus pour la réadaptation, les soins continus complexes, la santé mentale et l'ensemble des soins de courte durée, les temps d'attente pour l'imagerie par résonnance magnétique, la tomographie par ordinateur, le traitement chirurgical des cataractes, les chirurgies de la hanche et du genou ainsi que certains services de cardiologie).

Les indicateurs sont associés à une norme et à une cible de rendement visant à inviter les hôpitaux à prendre une orientation précise dans un secteur. Les cibles et les plages de rendement font l'objet de négociations annuelles où le rendement et la contribution globale de l'hôpital sont pris en considération relativement à l'ensemble du système. Lorsque certains indicateurs sont à l'extérieur de la plage de rendement visée et présentent un risque, plusieurs options s'offrent au RLISS. L'hôpital et le RLISS peuvent élaborer un plan d'amélioration du rendement afin que l'hôpital soit en mesure d'atteindre ses objectifs.

Les paiements aux hôpitaux sont habituellement établis d'après les allocations globales passées et les augmentations progressives pluriannuelles selon la croissance de la population et les prévisions concernant les demandes de services du budget provincial disponible. Le Ministère a commencé la mise en œuvre de la Réforme du financement

du système de santé (RFSS) en 2012-2013. Au cours des exercices 2012-2013 à 2014-2015, la RFSS fera passer la plus grande partie du financement du système de santé de l'Ontario des hôpitaux du système actuel de financement global à un FFP afin de mieux appuyer la qualité, l'efficacité et l'efficience du système de santé.

Les ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers constituent des mesures administratives pratiques pour lesquelles les gouvernements provinciaux et territoriaux remboursent les hôpitaux de leur province ou territoire pour des services assurés fournis à des patients provenant d'une autre province ou d'un autre territoire.

Le MSSLD examine chaque année la réglementation et les tarifs concernant la quote-part exigée pour les services de soins de longue durée, en tenant compte des changements dans l'indice des prix à la consommation et les prestations de la Sécurité de la vieillesse. Il détermine alors s'il y a lieu de modifier la réglementation et les tarifs.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2011-2012.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	12 700 000 [2]	12 800 000 [2]	12 900 000 [2]	13 100 000 [2]	13 212 728 [2]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE [1]					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	150 [3]	149 [3]	149 [3]	149 [3]	147 [3]
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	13 600 000 000 [4]	14 200 000 000 [4]	14 800 000 000 [4]	15 527 899 500 [4]	16 173 889 100 [4]
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	7 130	9 457	8 185	8 231	6 365
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	45 712 000	65 183 888	64 688 077	68 384 505	46 960 837
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	166 373	161 193	138 594	130 855	116 541
9. Total des paiements – malades externes ($)	31 052 000	38 030 901	36 399 952	35 431 819	33 598 383
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	24 327	21 869	28 223	28 420	30 348
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	113 663 332	136 036 532	91 456 638	52 706 316	42 559 353
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
13. Total des paiements – malades externes ($)	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]

2. Ces estimations représentent le nombre de cartes d'assurance-santé valides et actives (résidents présentement admissibles ayant présenté une demande au cours des sept dernières années).
3. Nombre d'hôpitaux financés par l'État, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Ces données ont été saisies conformément aux directives du guide de présentation du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé 2009-2010.
4. Fonds versés aux hôpitaux publics, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés.
5. Au MSSLD, les données ne sont pas recueillies dans un seul système. De plus, le Ministère est incapable de catégoriser les fournisseurs ou les établissements comme étant « à but lucratif » parce qu'il ne possède pas les états financiers contenant les détails du débours, par les fournisseurs de services, des revenus provenant du Ministère.
6. Compris au numéro 10.
7. Compris au numéro 11.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	23 859	24 411	25 166	25 995	26 818
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	40	39	35	34	32
16. Nombre de médecins non participants (#)	0 *	0 *	0 *	0 *	0 *
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	8 410 478 000 *	9 324 794 000 *	10 033 761 000 *	9 070 713 617 *	11 332 919 800 *
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	5 962 775 787	6 528 353 572	6 812 333 798	7 052 261 365	7 508 636 523

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	759 570	683 377	596 430	723 766	536 447
20. Total des paiements ($)	25 180 900	26 471 536	26 204 597	25 237 480	25 252 852
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	211 323	247 741	216 715	213 717	234 720
22. Total des paiements ($)	37 901 297	54 780 594	41 652 064	12 455 597	7 922 281

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	317	291	277	282	262
24. Nombre de services fournis (#)	91 540	99 212	99 427	96 797	96 735
25. Total des paiements ($)	13 423 384	13 916 464	14 324 505	13 525 890	13 532 519

8. L'Ontario ne compte aucun médecin non participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du Régime d'assurance-maladie et qui sont inclus au numéro 15.

9. Les paiements totaux comprennent les paiements versés aux médecins de l'Ontario dans le cadre des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, de diversification des modes de paiement, des centres hospitaliers universitaires et des soins hospitaliers sur appel. Les services et les paiements liés aux programmes des soins primaires, aux programmes des services de santé hors des populeux de la province et aux laboratoires communautaires sont exclus.

- L'exercice 2008-2009 a été mis à jour conformément aux Comptes publics.
- L'exercice 2009-2010 a été mis à jour conformément aux Comptes publics.
- L'exercice 2011-2012 s'appuie sur les Comptes publics intérimaires (non publiés).

MANITOBA

INTRODUCTION

Santé Manitoba fournit le leadership et le soutien nécessaires pour protéger, préserver et promouvoir la santé de tous les Manitobains. Les rôles et responsabilités du Ministère sont d'élaborer des politiques, des programmes et des normes ainsi que d'évaluer les programmes et la gestion financière et de rendre des comptes à ces égards. De plus, le Ministère continue à offrir des services directs particuliers par l'entremise du Centre de santé mentale de Selkirk, du Laboratoire provincial Cadham, des services d'inspection en santé publique et des postes de soins infirmiers provinciaux.

Santé Manitoba demeure déterminer à respecter les principes de l'assurance-maladie et à améliorer l'état de santé de tous les Manitobains. À l'appui de ces engagements, voici les faits saillants des activités amorcées en 2011-2012 :

- Lancement de la stratégie de réduction des temps d'attente pour le traitement du cancer, « Transforming the Cancer Patient Journey in Manitoba ».
- Appui continu d'initiatives telles que celle visant à permettre à tous les Manitobains d'avoir un médecin de famille d'ici 2015.
- Augmentation du nombre de médecins au Manitoba, preuve de l'amélioration continue des techniques de recrutement et de maintien en poste.
- Soutien des inscriptions en médecine et des études en médecine rurale et maintien de frais de scolarité abordables.
- Amélioration des services, de la recherche fondée sur le sexe et des politiques et sensibilisation accrue aux problèmes de santé des femmes grâce à la Stratégie du Manitoba en matière de santé féminine.
- Formation des intervenants sur les méthodes d'amélioration de la qualité dans certains secteurs (p. ex. la méthode Lean Six Sigma, l'initiative Advanced Access et le programme Releasing Time to Care).
- Achèvement de la construction de deux centres de dialyse rénale à Hodgson, du centre de lutte contre le cancer de l'Ouest du Manitoba, d'un centre de services bilingues et d'un centre de naissance dans le sud de Winnipeg ainsi que réaménagement du service des urgences et du service des consultations externes de l'hôpital général de Victoria.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba est administré par Santé Manitoba en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.M. 1987, ch. H35.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba est administré conformément aux dispositions de la Loi qui s'appliquent aux coûts des services hospitaliers, des soins personnels, des soins médicaux et d'autres services de santé assurés aux termes des lois provinciales ou de leurs règlements.

Le ministre de la Santé est responsable de l'administration et de l'application du Régime. Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes, les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la Loi.

Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la Loi, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut aussi, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la Loi ou son Règlement.

Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l'exercice 2011-2012 n'a touché la gestion publique du Régime.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre doit faire préparer les états financiers vérifiés du Régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de session de celle-ci suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi sur l'assurance-maladie* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du Régime et prépare un rapport à ce sujet à l'intention du ministre. La dernière vérification, dont les résultats ont été communiqués au ministre et que le public peut consulter, vise l'exercice 2011-2012; le Rapport annuel 2011-2012 de Santé Manitoba en fait état et est disponible à l'adresse suivante : http://www.gov.mb.ca/health/ann/index.html (en anglais seulement).

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, de même que le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93) s'appliquent aux services hospitaliers assurés.

En date du 31 mars 2012, 96 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes au Manitoba. Les hôpitaux sont désignés par le Règlement sur la désignation d'hôpitaux (R.M. 47/93) en vertu de la Loi.

Les services énoncés dans le Règlement comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux patients hospitalisés et aux patients externes comprennent les services suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

Tous les services hospitaliers sont inscrits sur la liste des services hospitaliers disponibles dans le cadre du processus de planification en matière de santé. Les Manitobains ont de grandes attentes quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux quant aux connaissances médicales et de services lorsque leur état de santé personnel est en cause. À cet égard, Santé Manitoba se tient au courant des derniers progrès dans les sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

Le texte habilitant en ce qui concerne les soins médicaux assurés est le Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux (R.M. 49/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. En date du 31 mars 2012, 2 552 médecins étaient inscrits au registre au Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir lui-même ses honoraires pour les soins fournis aux assurés plutôt que de les recevoir du ministre, conformément à l'article 91 de la *Loi* et à l'article 5 du Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux. La décision de ne pas participer au Régime entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours à compter de la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services aux termes de la Loi ou de son Règlement. Aucun médecin n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2011-2012.

Le Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par Santé Manitoba. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels médicalement nécessaires fournis par un médecin à un assuré et qui ne sont pas exclus aux termes du Règlement sur les services exclus (R.M. 46/93) pris en application de la Loi.

Au cours de l'exercice 2011-2012, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé. Il est possible de consulter le Guide des médecins en ligne à l'adresse suivante : http://www.gov.mb.ca/health/manual/index.html (en anglais seulement).

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à Doctors Manitoba, qui négocie ensuite avec le Ministère, y compris en ce qui concerne les honoraires. Santé Manitoba peut également amorcer le processus.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

La liste des services de chirurgie dentaire assurés est fournie dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien spécialisé en chirurgie dentaire et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient afin d'accomplir correctement la chirurgie. Le Règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de fissure labiale ou de fente palatine chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont fournis par un orthodontiste autorisé.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles aux termes de la Loi ou de son Règlement. Aucun fournisseur de services dentaires n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2011-2012.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à l'Association dentaire du Manitoba. Celle-ci négocie l'intervention et les honoraires avec Santé Manitoba.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le Règlement sur les services exclus (R.M. 46/93), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont : les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé Manitoba; les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps de déplacement; les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la loi; la fécondation *in vitro*; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité et la psychanalyse.

Le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux prévoit que les services en milieu hospitalier comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Tous les résidents du Manitoba jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission des accidents du travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé ainsi qu'à Santé Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Pour retirer un service de la liste des services assurés, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. La décision de tenir ou non une consultation publique est prise au cas par cas, selon le service en cause.

En 2011-2011, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des résidents du Manitoba au Régime d'assurance-maladie de la province. Le paragraphe 2(1) de la Loi stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est effectivement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne correspondant à la définition de résident en vertu des règlements, mais exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaires, occuper un emploi à l'étranger ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1), les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidentes, de même que les étudiants titulaires d'un permis d'études valide pour une période d'au moins six mois sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada).

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription définit la période d'attente au Manitoba :

« Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba exclut les résidents couverts par un régime fédéral, y compris par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les prestations de guerre pour les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*. Sont également exclus les détenus sous responsabilité fédérale ou les personnes couvertes par une loi d'une autre province ou d'un territoire [paragraphe 2(2) du Règlement sur les services exclus]. Les résidents libérés des forces canadiennes ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des résidents de la province deviennent admissibles à la couverture du Régime manitobain. Aux termes du paragraphe 2(3) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba, documents à l'appui, qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois au cours d'une année civile. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba délivre une carte d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Santé Manitoba utilise ce numéro afin de régler toutes les demandes de remboursement de soins médicaux pour cette personne et les personnes à sa charge désignées. Un numéro d'identification médical personnel (NIMP) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement de tous les services hospitaliers et pour le régime provincial de médicaments.

En date du 31 mars 2012, il y avait 1 265 059 résidents inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Le régime de Santé Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.2 Autres catégories de personnes

Aux termes du paragraphe 8(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être effectivement présents au Manitoba pendant six mois au cours d'une année civile et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour bénéficier de la couverture offerte par Santé Manitoba. En date du 31 mars 2012, 5 275 titulaires d'un permis de travail et 589 titulaires d'un permis d'études étaient couverts par le Régime d'assurance-maladie du Manitoba. La définition de « résident » selon la *Loi sur l'assurance-maladie* autorise le ministre de la Santé ou son mandataire désigné à rendre admissibles à la couverture les titulaires de permis ministériels délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada). Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l'exercice 2011-2012 n'a touché l'universalité.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les assurés d'une autre province ou d'un territoire. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, habitait dans une autre province ou dans un territoire du Canada est assuré le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts par le Régime manitobain pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Le Manitoba a des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens. Il a un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les soins aux patients hospitalisés sont payés selon les tarifs normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les services en hôpital, les actes

médicaux à coût élevé et les services en consultation externe sont fondés sur les tarifs nationaux établis par les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Ils comprennent tous les services médicalement nécessaires de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque aux tarifs de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba, qui les réglera selon les tarifs en vigueur dans la province d'accueil.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Le paragraphe 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein à l'étranger en vertu d'un contrat sont couverts par Santé Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui agissent comme travailleurs humanitaires ou qui vont en mission pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts par Santé Manitoba pour un maximum de 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par Santé Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, la couverture est assujettie aux montants indiqués dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence ou d'une maladie subite durant une absence temporaire sont payés comme suit :

Les services aux patients hospitalisés sont payés selon un tarif journalier fondé sur la taille de l'établissement :

- de 1 à 100 lits : 280 $
- de 101 à 500 lits : 365 $
- plus de 500 lits : 570 $

Les services aux patients externes sont payés selon le tarif fixe de 100 $ la consultation, ou de 215 $ la séance d'hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces tarifs est complexe.

Les soins médicaux reçus aux États-Unis sont payés au tarif équivalent établi pour des services semblables fournis au Manitoba.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au remboursement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba une recommandation de leur spécialiste indiquant qu'ils ont besoin d'un service médicalement nécessaire précis. Sous réserve de l'approbation préalable de Santé Manitoba, lorsqu'un patient est dirigé vers un spécialiste de l'extérieur du pays, les services hospitaliers sont payés à un tarif qui correspond à 75 % au moins des frais imposés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés en devises américaines (articles 15 à 23 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux). Lorsque Santé Manitoba a préalablement approuvé le paiement des services fournis à l'étranger, il peut accorder des fonds supplémentaires en se basant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable de Santé Manitoba n'est pas exigée pour les actes qui sont couverts en vertu des ententes de facturation réciproque conclues avec d'autres provinces. Le Ministère doit toutefois donner son approbation pour les produits et les actes médicaux onéreux qui ne sont pas visés par ces ententes.

Tous soins hospitaliers et médicaux non urgents fournis à l'étranger doivent être approuvés au préalable par Santé Manitoba.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les soins médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable. Entré en vigueur le 1er janvier 1999, le Règlement sur les établissements chirurgicaux (R.M. 222/98), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, empêche les établissements chirurgicaux privés d'imposer des frais supplémentaires pour les soins médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser et protéger l'accès du public au système de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- des dispositions faisant en sorte qu'un établissement chirurgical ne puisse effectuer des interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme un hôpital privé.

Santé Manitoba continue d'investir dans l'amélioration de l'accès des clients. En 2010, le Manitoba s'est engagé à ce que tous les Manitobains aient accès à un médecin de famille d'ici 2015. Pour y parvenir, la province a investi dans de nouvelles initiatives, comme les Réseaux de soins primaires (qui comprennent les équipes), a ouvert trois cliniques de soins rapides et des cliniques mobiles de soins primaires dans les collectivités de la province et a offert de nouvelles possibilités et de nouveaux services de soutien pour permettre aux Manitobains de gérer eux-mêmes leurs soins de santé. Elle a maintenu ses investissements dans les initiatives existantes qui augmentent la capacité, la qualité et l'efficience des soins primaires, comme le Réseau de services médicaux intégrés, TéléSOINS Manitoba (une ressource destinée à aider les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive ou de diabète à prendre en charge leur état de santé) et le projet pilote After-Hours Call Community Network (un réseau d'omnipraticiens en communication avec des patients au moyen du service Health Links – un service Info santé). Depuis 2008, Santé Manitoba finance et coordonne la formation relative à l'initiative Advanced Access dans plus de 30 cliniques de soins primaires et spécialisés, ce qui leur permet d'offrir à leurs patients la possibilité de consulter le jour même un fournisseur de soins primaires et en moins de cinq jours, un spécialiste. Le Centre de naissance de Winnipeg a ouvert ses portes en octobre 2011. En plus de fournir une nouvelle option aux femmes qui désirent donner naissance à leur enfant dans un milieu sécuritaire, autre qu'un hôpital ou que leur domicile, ce centre offre divers programmes de santé maternelle et infantile.

Tous les Manitobains ont accès aux services hospitaliers, dont les soins de courte durée, les traitements psychiatriques de longue durée, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques et l'évaluation et la réadaptation à long terme, ainsi qu'aux services des établissements de soins personnels. Le recours à l'hospitalisation a diminué au profit des services communautaires, des soins en consultation externe et des chirurgies d'un jour, qui sont aussi des services assurés.

Le centre de lutte contre le cancer de l'Ouest du Manitoba (Western Manitoba Cancer Centre [WMCC]), situé au Centre de santé régional de Brandon, a ouvert ses portes en juin 2011. Ce centre ultramoderne de 24 millions de dollars est le premier à offrir la radiothérapie à l'extérieur de Winnipeg. Il contribue à accroître la capacité globale de la province concernant les services d'oncologie. Outre la radiothérapie, cet établissement offre un vaste éventail de traitements contre le cancer et de services de soutien, dont les suivants :

- chimiothérapie;
- système de simulation avec tomodensitomètre pour la planification du traitement;
- technologies d'information et de communication de pointe pour la transmission de données et d'images entre le Centre et ActionCancer Manitoba, à Winnipeg, permettant au personnel des deux établissements d'interagir quant aux options de dépistage, de surveillance et de traitement;
- services de consultations externes;
- soins de soutien, y compris une aire de soins calme et confortable où les patients et leur famille peuvent relaxer;
- une aire aménagée pour le personnel comprenant un coin-repas, des douches, des toilettes, des casiers et l'accès à des ordinateurs et aux documents de référence.

En juin 2011, le Manitoba a annoncé la mise en œuvre de la stratégie de réduction des temps d'attente pour le traitement du cancer (« Transforming the Cancer Patients' Journey in Manitoba »), une première au Canada. Cette stratégie détaillée et dynamique de 40 millions de dollars simplifiera les services d'oncologie et réduira considérablement les temps d'attente de sorte que les patients n'auront plus à attendre plus de deux mois entre le moment où la présence d'un cancer est soupçonnée et le début d'un traitement efficace. Dans le cadre de cette initiative, le premier centre régional de traitement du cancer a été annoncé dans la circonscription de Morden-Winkler en décembre 2011. Ce centre étend les services de chimiothérapie actuellement offerts par les programmes communautaires de lutte contre le cancer et est le premier d'une longue série à offrir des soins de premier ordre, peu importe le lieu de résidence du malade, en coordonnant l'accès à des services élargis comme le dépistage et la détection précoce du cancer, les programmes de réduction des risques de cancer et les soins palliatifs.

Les Manitobains bénéficient d'un meilleur accès aux services de dialyse rénale grâce à l'ajout de dix postes de dialyse au Centre des sciences de la santé de Winnipeg et à l'ouverture de deux nouveaux centres de dialyse rénale comptant chacun quatre postes de dialyse. Le premier, situé au centre de santé communautaire de Gimli, dessert les résidents de la région des lacs, et le deuxième, situé au centre de santé de Russell, dessert

les résidents de la région du Centre-Ouest du Manitoba. Un projet pilote de télémédecine en santé rénale a été lancé dans une collectivité du Nord du Manitoba dans le but d'améliorer l'accès aux services de soutien pour les personnes atteintes de néphropathie chronique qui vivent dans les environs.

Les postes de soins infirmiers provinciaux ont pris des mesures pour maintenir l'accès aux professionnels des soins primaires et aux spécialistes par l'entremise de programmes, comme Télésanté Manitoba, de la formation constante du personnel et de communications accrues avec les offices de la santé locaux et régionaux. Ils ont amélioré les soins d'urgence et de courte durée en étoffant le formulaire pharmaceutique, en achetant de nouveaux équipements et en déployant des initiatives de recrutement et de maintien en poste du personnel.

Le programme Télésanté Manitoba continue de prendre de l'ampleur et compte maintenant plus de 110 sites au Manitoba, dont 24 dans les communautés des Premières nations. Télésanté Manitoba a réalisé plus de 16 000 interventions en 2011-2012, dont près de 76 % pour des services cliniques. Les patients ont accès a plus de 200 spécialistes dans différents domaines, dont l'oncologie, la dermatologie, la santé rénale et la psychiatrie. Le programme est également utilisé pour la formation continue, l'organisation de réunions administratives et les télévisites. La réaction des fournisseurs de soins et des patients au programme est très positive et la demande de nouveaux sites demeure élevée.

Dans les services diagnostiques et de soins de courte durée, on a mis en œuvre différentes initiatives, comme Releasing Time to Care (Laisser du temps pour les soins) et la méthode Lean Six Sigma, en vue d'améliorer le déplacement des patients et leur accès aux services, de même que des activités de gestion des listes d'attente et un financement accru des services pour réduire les retards. En 2011-2012, l'outil Patient Access Registry, un système électronique de demande de consultation et de gestion des temps et des listes d'attente a été mis en œuvre à l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) pour les opérations chirurgicales non urgentes des adultes.

Le Manitoba a veillé à maintenir et à accroître les fonds pour augmenter le volume de services. Le Manitoba continue de collaborer avec les offices régionaux de la santé pour examiner et mettre en œuvre des modèles d'amélioration de l'accès et analyser des stratégies de gestion de la demande, dont l'amélioration de la pertinence des services.

Santé Manitoba continue d'appuyer l'accès aux services dans les régions rurales et du Nord, notamment grâce aux projets et au financement suivants annoncés en 2011 : investissement de 42,4 millions de dollars dans la réduction des temps d'attente pour les tests de diagnostic et les services de cardiologie et d'orthopédie, y compris l'octroi de fonds au centre médical régional de Brandon et au centre de santé de Boundary Trails dans la circonscription de Morden-Winkler; agrandissement de 45 000 pieds carrés du service des urgences de l'hôpital Bethesda de Steinbach; projet d'agrandissement et de rénovation de l'hôpital Sainte-Anne se chiffrant à 14,1 millions de dollars; investissement de 8,7 millions de dollars dans l'achat d'équipement de diagnostic, dont un tomodensitomètre pour l'hôpital Bethesda et un nouvel ostéodensitomètre pour le centre médical régional de Brandon; ajout de services de chirurgie dentaire au Swan Valley Health Centre, à Swan River.

Le nombre d'infirmières en exercice continue d'augmenter au Manitoba, grâce à l'expansion des programmes d'enseignement des sciences infirmières et des stratégies liées au Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs (FRPIME). Selon les données sur les inscriptions transmises par les collèges des infirmières autorisées, des infirmières psychiatriques autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, il y avait 17 265 infirmières en exercice au Manitoba en 2011. Il s'agit d'un gain net de 147 infirmières par rapport à 2010. Il reste cependant des défis à relever à l'égard des ressources en soins infirmiers dans certaines régions rurales et du Nord et dans certains domaines de soins spécialisés à Winnipeg. Le Manitoba a augmenté le nombre de places dans les programmes d'enseignement infirmier dans l'ensemble de la province, ce qui a fait plus que doubler le nombre d'inscriptions au cours des dix dernières années.

Le FRPIME contribue aussi de façon importante à accroître les effectifs en soins infirmiers au Manitoba grâce à des initiatives comme l'aide à la réinstallation; le programme de subventions conditionnelles, qui encouragent les nouveaux diplômés à travailler dans les régions rurales et du Nord (soit à l'extérieur de Winnipeg et de Brandon); les subventions d'incitation au travail en foyer de soins personnels; et le financement pour la formation continue et les programmes d'enseignement spécialisé. Le Règlement sur les infirmières ayant un champ d'exercice élargi autorise les infirmières inscrites au registre à assumer les tâches suivantes de manière autonome : prescrire des médicaments; demander des tests de dépistage et de diagnostic et pratiquer des interventions chirurgicales et effractives mineures selon les dispositions du Règlement. Le nombre d'infirmières inscrites au registre est passé de quatre en juin 2005 à 110 au 31 décembre 2011.

Santé Manitoba a élaboré et financé un certain nombre d'initiatives pour remédier aux pénuries dans différentes professions paramédicales. En voici des exemples : plus grand nombre de places dans le programme de formation en ultrasonographie, le programme de formation des technologues de laboratoire médical et le programme de formation des technologues en radiation médicale; réservation de places dans les programmes de formation offerts par d'autres administrations, comme le programme de formation des techniciens en médecine nucléaire en Alberta et le programme de formation

en prothétique et orthétique en Colombie-Britannique. Les étudiants qui bénéficient de ces places doivent signer une entente de retour de services les engageant à revenir exercer au Manitoba pour une période donnée après l'obtention de leur diplôme.

Le nombre de nouveaux médecins inscrits auprès de l'organisme de réglementation professionnelle continue d'augmenter au Manitoba. La province offre un plus grand nombre de subventions aux étudiants en médecine, leur permettant d'obtenir une aide financière à chacune de leurs quatre années d'études en échange d'une promesse de service dans une collectivité mal desservie une fois leur diplôme obtenu. Depuis que le programme a été amélioré à l'automne 2011, un nombre beaucoup plus élevé d'étudiants ont obtenu une subvention et ont accepté de travailler dans une collectivité mal desservie à la fin de leurs études. On s'attend à ce que le nombre d'inscriptions au Programme demeure à la hausse.

Les praticiens qui choisissent de s'installer dans des régions mal desservies de la province sont également admissibles à un fonds spécial pour les spécialistes et à un fonds pour la réinstallation. Ce dernier est offert aux omnipraticiens et aux spécialistes, et le programme est très populaire. De nombreux médecins s'installent dans les régions rurales et du Nord du Manitoba.

En vue de soutenir le retour au Manitoba des Manitobains ou des Canadiens qui étudient à l'étranger, la province a créé le poste de coordonnateur du rapatriement. Celui-ci préside un groupe de travail sur le rapatriement qui a pour mandat de créer des voies de retour au Manitoba pour que les étudiants en médecine et les médecins résidents puissent profiter de possibilités de formation et d'exercice de leur profession dans la province.

Au moyen des programmes d'évaluation et de formation actuels, les médecins formés à l'étranger peuvent obtenir un permis d'exercice de la médecine assorti de certaines conditions, dont celle de travailler à un office régional de la santé en milieu rural qui les parraine. Si les candidats réussissent aux évaluations, la délivrance d'un permis d'exercice conditionnel peut être recommandée; au début de leur pratique, les candidats sont jumelés à un médecin mentor pour un minimum de 12 mois. La province appuie les programmes de formation et d'évaluation destinés aux omnipraticiens et aux spécialistes formés à l'étranger.

5.2 Rémunération des médecins

Le Manitoba continue d'utiliser les modes de paiement suivants pour ses médecins : rémunération à l'acte, rémunération contractuelle, association de divers modes de paiement et rémunération à la vacation.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification touchant la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2011-2012.

La rémunération à l'acte est encore le mode de paiement le plus courant. Toutefois, les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Les médecins rémunérés autrement qu'à l'acte comprennent notamment les salariés (relation d'emploi) et les travailleurs autonomes à forfait. Le Manitoba associe également divers modes de paiement en vue de corriger les revenus provenant de la rémunération à l'acte, car celle-ci ne permet pas d'indemniser les médecins pour tous les services fournis. En outre, les médecins peuvent recevoir des paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux pour une période donnée, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde et pour d'autres fonctions.

Santé Manitoba représente la province dans le cadre des négociations avec les médecins. Ceux-ci sont généralement représentés par Doctors Manitoba, sauf pour quelques exceptions notables, comme les oncologues.

L'accord-cadre que Doctors Manitoba et le Manitoba ont conclu est en vigueur du 1er avril 2011 au 31 mars 2015.

Le Guide des médecins, qui contient des directives sur la facturation et les honoraires, donne aux médecins du Manitoba la liste des services médicaux assurés par Santé Manitoba. Cinq grands processus et mécanismes de vérification des données du système central du Ministère garantissent que les demandes de remboursement des services assurés sont traitées conformément aux règles d'application prévues dans le Guide des médecins, en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Les appels interjetés en vertu du Guide des médecins sont entendus par un comité des griefs. De plus, le Conseil manitobain d'appel en matière de santé, un tribunal quasi judiciaire, entend les appels des personnes qui contestent certaines décisions de Santé Manitoba ou qui se voient refuser l'admissibilité à un service en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

5.3 Paiements aux hôpitaux

La section 3.1 de la partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* présente les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les administrateurs d'hôpitaux et de foyers de soins personnels, qui sont des « personnes morales dispensant des soins de santé » au sens de la Loi.

Aux termes des dispositions de la section 3.1, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des

soins de santé en l'absence d'accord écrit prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale, les fonds devant être fournis par l'office régional de la santé pour les services de santé, la durée de l'accord ainsi qu'un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la Loi les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Trois offices régionaux de la santé sont responsables d'hôpitaux dirigés par des personnes morales offrant des soins de santé dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont conclu les accords nécessaires avec ces personnes morales. Ces accords permettent à l'office régional de la santé de déterminer le financement qui sera accordé en se fondant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. L'article 23 de la Loi exige que les offices régionaux de la santé affectent leurs ressources conformément au plan de santé régional approuvé.

Santé Manitoba doit approuver l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé, dans le cadre de l'approbation des plans de santé régionaux que ces offices sont tenus de soumettre aux fins d'approbation conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Les ressources doivent également, aux termes de l'article 23, être affectées en conformité avec le plan de santé régional approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les sommes au titre des paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les soins hospitaliers assurés doivent être versées aux offices régionaux de la santé. Si l'office régional de la santé n'est pas le propriétaire de l'hôpital et n'en assure pas le fonctionnement, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre l'office régional de la santé et l'administrateur de l'hôpital.

Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l'exercice 2011-2012 n'a touché les paiements aux hôpitaux.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît systématiquement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Les transferts fédéraux sont indiqués dans le document Budget des dépenses et des recettes (budget du Manitoba) et dans les comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés chaque année par le gouvernement du Manitoba. De plus, Santé Manitoba fait état de la contribution fédérale provenant du Plan décennal des premiers ministres en vue de consolider les soins de santé (Accord sur la santé de 2004 – Fonds pour la réduction des temps d'attente) dans des lettres de financement destinées aux offices régionaux de la santé et à d'autres organisations qui exécutent des programmes à l'aide de ce financement.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	1 186 386	1 209 401	1 228 246	1 230 270	1 265 059

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	97	97	96	96	96
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	1	1	1	1	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	1 289 964	1 553 438	1 570 832	1 541 540	2 005 150

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	2 823	3 280	2 626	2 844	2 899
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	18 731 739	24 489 298	21 612 535	27 092 558	26 478 561
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	31 329	35 957	28 729	30 983	29 070
9. Total des paiements – malades externes ($)	6 933 920	9 662 718	8 655 118	10 454 203	10 706 338
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	549	658	552	634	646
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	1 791 864	3 252 651	1 924 044	2 454 364	1 913 457
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	8 796	10 121	10 097	10 706	11 311
13. Total des paiements – malades externes ($)	2 692 096	2 650 500	2 954 321	3 022 630	3 226 581

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	2 050	2 073	2 121	2 276	2 322
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	721 552 291	789 101 000	843 087 000	920 890 000	927 916 000
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	459 573 573	476 227 782	552 890 200	553 924 806	595 083 828

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	290 775	243 881	237 192	267 122	231 683
20. Total des paiements ($)	9 985 987	9 721 570	10 287 990	9 909 927	10 989 977
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	6 414	7 446	6 768	7 226	8 285
22. Total des paiements ($)	701 829	725 382	627 563	953 272	703 353

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	120	131	135	133	131
24. Nombre de services fournis (#)	4 616	4 833	5 950	5 475	5 290
25. Total des paiements ($)	1 107 357	1 175 314	1 701 655	1 522 545	1 468 524

SASKATCHEWAN

INTRODUCTION

Grâce à sa direction et à ses partenariats, le ministère de la Santé s'est engagé à fournir des soins de santé de haute qualité aux résidents de la Saskatchewan par l'intermédiaire d'un système de soins de santé adapté, efficient et centré sur les patients et les familles. La priorité du Ministère consiste à mettre en place un système de santé qui accorde la priorité aux patients et aux familles et qui fournit les meilleurs soins de santé possible.

Le système de soins de santé en Saskatchewan est complexe et comporte de multiples facettes. Afin d'assurer la prestation des services essentiels et appropriés, le Ministère décide de l'orientation des politiques et de la stratégie provinciales, établit et surveille les normes et fournit un financement.

Le Ministère collabore également en partenariat avec des organismes à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale et internationale afin que les résidents de la Saskatchewan aient accès à des soins de qualité. Le Ministère supervise un système de soins de santé formé de 12 régies régionales de la santé (RRS), de la Saskatchewan Cancer Agency (SCA), de l'Athabasca Health Authority, d'organismes de soins de santé affiliés et d'un ensemble diversifié de professionnels, dont beaucoup exercent en cabinet privé.

Il existe 26 professions autoréglementées dans le domaine de la santé en Saskatchewan et dans son ensemble, le système de santé emploie plus de 40 000 personnes qui fournissent une vaste gamme de services. Le Ministère soutient les RRS, la SCA et les autres intervenants dans le recrutement et le maintien en poste de fournisseurs de soins de santé, dont le personnel infirmier et les médecins. Il est également responsable d'environ 50 lois relatives à la santé.

Le Ministère est structuré ainsi : Programmes spécialisés; Santé primaire et communautaire; Gestion de la stratégie et du rendement. La Saskatchewan Surgical Initiative, la Direction générale des communications et le Provincial Kaizen Promotion Office relèvent directement du sous-ministre.

Pour obtenir davantage de renseignements sur les programmes et les services offerts par le Ministère, veuillez consulter le site Web du ministère de la Santé à l'adresse suivante :

www.health.gov.sk.ca (en anglais seulement).

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. L'article 6.1 de la *Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- payer, en tout ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- accorder des subventions ou des prêts aux régies régionales de la santé, aux organismes de soins de santé ou aux municipalités pour qu'ils assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- payer, en tout ou en partie, les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région ou partie de région de santé où le ministre juge ces services nécessaires;
- verser des subventions aux organismes de santé, lorsque le ministre le juge nécessaire;
- verser des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province. La *Regional Health Services Act* porte sur la création des 12 régies régionales de la santé, en remplacement des 32 conseils de district de santé.

Les articles 3 et 9 de la *Cancer Agency Act* portent sur la création de la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont définis dans la *Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Agency Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé relève directement du ministre de la Santé, à qui il doit présenter périodiquement des comptes rendus sur l'allocation et l'administration des fonds dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

Aux termes de l'article 36 de la *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

La *Regional Health Services Act* oblige les régies régionales de la santé à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- un rapport sur les activités des régies régionales de la santé;
- un ensemble complet d'états financiers vérifiés.

Aux termes de l'article 54 de la *Regional Health Services Act*, les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander, le cas échéant. Les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent aussi soumettre un plan financier et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial vérifie chaque année les comptes des ministères et organismes gouvernementaux, y compris ceux du ministère de la Santé. Les paiements du Ministère aux régies régionales de la santé, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et les chirurgies dentaires assurés sont visés par cette vérification.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par la régie régionale de la santé et la Cancer Agency, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes des régies régionales de la santé et de la Cancer Agency. Chaque régie régionale de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre annuellement au ministre de la Santé ses états financiers détaillés et vérifiés.

L'article 34 de la *Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la Fondation du cancer de la Saskatchewan doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou son représentant désigné.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2012.

Les vérifications du gouvernement de la Saskatchewan, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont déposées à l'Assemblée législative de la Saskatchewan chaque année. Le public peut obtenir les rapports directement de chacun de ces groupes ou les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan prépare également des rapports à l'intention de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Ces rapports sont conçus pour aider le gouvernement à gérer les ressources publiques et à améliorer l'information fournie à l'Assemblée législative. Ils sont accessibles sur le site Web du vérificateur provincial à l'adresse suivante : http://www.auditor.sk.ca (en anglais seulement).

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Aux termes de l'article 8 de la *Regional Health Services Act* (la Loi), le ministre peut fournir du financement à une régie régionale ou à un organisme de santé pour l'application de cette loi.

Aux termes de l'article 10 de la Loi, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. Par ailleurs, l'article 11 l'autorise à imposer des normes pour la prestation de services dans ces établissements par les régies régionales de la santé et les organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une régie régionale de la santé.

La Loi impose aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé des exigences de reddition de comptes. Ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels opérationnels, financiers et de services de santé par le ministre (articles 50 et 51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 59), de nommer un administrateur public au besoin (article 60) et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est inclus dans les fonds octroyés aux régies régionales de la santé.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et des salles de travail; les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis; les actes de radiographie,

de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les installations de radiothérapie; les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie; les actes de physiothérapie; tous les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les hôpitaux sont regroupés dans les cinq catégories suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial. Ainsi, la population sait à quoi s'attendre en tout temps et à chaque hôpital. Même si les types de services peuvent varier d'un hôpital à l'autre, voici ce que l'on entend par fiabilité et prévisibilité :

- la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

Les régies régionales ont le pouvoir de changer leur mode de prestation des services hospitaliers assurés en fonction de l'évaluation des besoins de leur population en santé, de la disponibilité des fournisseurs de soins et des ressources financières dont elles disposent.

Le processus d'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques du service proposé par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, y compris la disponibilité des fournisseurs et les exigences relatives à la certification initiale et continue de leurs compétences. Ce processus est entrepris à l'instigation d'une régie régionale de la santé et, selon le service qu'on veut ajouter, il peut nécessiter des consultations auprès de plusieurs directions générales du ministère de la Santé et de groupes d'intervenants externes, comme des représentants des régions de santé, des fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* autorisent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le barème des prestations qui se trouve à l'adresse suivante : www.health.gov.sk.ca/physician-information (en anglais seulement).

En date du 31 mars 2012, 1 985 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance-santé ou choisir de ne pas y participer, mais ce retrait s'applique alors à tous les services médicaux assurés. Ce médecin doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2012, aucun médecin n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-santé en Saskatchewan.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé. Ils figurent au barème des prestations des médecins du Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

Il existe un processus de discussion officielle entre les responsables du régime de soins médicaux et la Saskatchewan Medical Association concernant les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification des règles de définition ou d'évaluation de services existants. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changement aux règles de définition ou d'évaluation de services existants, le barème des prestations des médecins fait l'objet d'une modification réglementaire.

Tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste peut se retirer du régime d'assurance-santé ou ne pas y participer, mais ce retrait s'applique alors à tous les services de chirurgie dentaire assurés. Ce dentiste doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise. En date du 31 mars 2012, aucun dentiste n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-santé en Saskatchewan.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont limités aux actes de chirurgie maxillo-faciale nécessaires à la suite de lésions traumatiques; aux services thérapeutiques pour le traitement orthodontique des fentes palatines; aux extractions dentaires médicalement nécessaires avant une chirurgie cardiaque, une intervention pour une maladie rénale chronique, des services liés au cancer de la tête ou du cou, ou une arthroplastie totale d'une articulation par prothèse, lorsque le patient a été aiguillé par un professionnel compétent et que l'approbation préalable

de la Medical Services Branch a été obtenue; à certains services pour corriger des anomalies de la bouche et des structures voisines.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-santé à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés sont : les services hospitaliers aux patients hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical; le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par un médecin; les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une régie régionale de la santé ou en vertu d'un contrat avec celle-ci; les services fournis par un établissement de santé autre qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec une régie régionale de la santé, pourvu que cet établissement détienne une licence en vertu de la *Health Facilities Licensing Act*; les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services reçus dans le cadre d'autres programmes publics, par exemple en vertu de la *Workers' Compensation Act* et de la *Mental Health Services Act*, ou du ministère fédéral des Anciens combattants.

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis aux résidents en fonction d'un besoin clinique évalué. La surveillance de la conformité se fait périodiquement par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaire. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes.

Le gouvernement peut retirer des services hospitaliers de la liste des services assurés si l'on juge qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de discussion entre les régies régionales de la santé, les praticiens et les fonctionnaires du ministère de la Santé.

Les services médicaux qui sont assurés pourraient également ne plus l'être si l'on estime qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises à la suite de consultations avec la Saskatchewan Medical Association et gérées par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Par ailleurs, certains services de chirurgie dentaire peuvent être retirés de la liste des services assurés s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires. Ces décisions sont prises après consultation des chirurgiens-dentistes de la province, et le directeur administratif de la Medical Services Branch assure la gestion du processus.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de retirer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de l'article 11 de la Loi, tous les résidents de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé.

L'admissibilité est limitée aux résidents. Un « résident » est une personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et habituellement présente en Saskatchewan, ou encore toute personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à compter du premier jour du troisième mois après avoir établi domicile en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles lorsqu'ils établissent domicile en Saskatchewan, pourvu qu'ils l'aient fait avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles aux services de santé assurés en Saskatchewan :

- les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province[1];
- les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- les personnes qui quittent les Forces canadiennes ou la GRC, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou résidents de cette province le jour de leur libération;
- les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir ce statut au sens de la Convention relative au statut des réfugiés (documents de l'immigration exigés).

En date du 30 juin 2011, 1 084 127 personnes étaient inscrites aux services de santé en Saskatchewan.

3.2 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes admissibles à l'assurance-santé sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis d'études ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Les membres de leur famille qui les accompagnent peuvent aussi être admissibles à l'assurance-santé.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre, ou s'ils ont obtenu le statut de résident permanent, c'est-à-dire s'ils sont des immigrants reçus.

En date du 30 juin 2011, 9 650 résidents temporaires étaient inscrits au régime du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée; ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'article 3 du Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les résidents de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada. Cette disposition n'a pas été modifiée en 2011-2012.

L'article 6.6 de la *Department of Health Act* autorise le paiement de services aux patients hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du Medical Care Insurance Payment Regulations de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

Ces personnes continuent d'être assurées à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (l'étudiant doit présenter une confirmation provenant de l'établissement de son statut d'étudiant à temps plein et de la date prévue d'obtention de son diplôme);
- emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- vacances et voyages : jusqu'à 12 mois.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces, et de facturation des services médicaux avec toutes les provinces, sauf le Québec. Les paiements pour les services

1. À l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, du gouvernement fédéral, le 29 juin 2012, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Au moment de la compilation des données du présent rapport, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux tenaient des consultations au sujet des modifications à apporter aux lois sur la santé des provinces et des territoires pour que les membres de la GRC soient assurés dans le cadre des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.

médicaux publics fournis au Québec sont faits aux tarifs de la Saskatchewan (barème des prestations des médecins de la Saskatchewan).

4.3 Couverture durant les séjours temporaires à l'extérieur du Canada

L'article 3 du Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les résidents de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les étudiants, les travailleurs temporaires et les vacanciers et voyageurs continuent d'être assurés durant un séjour temporaire à l'étranger à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités suivantes :

- études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (l'étudiant doit présenter une confirmation provenant de l'établissement de son statut d'étudiant à temps plein et de la date prévue d'obtention de son diplôme);
- contrat de travail : jusqu'à 24 mois;
- vacances et voyages : jusqu'à 12 mois.

L'article 3 du Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations prévoit une couverture de durée indéterminée relativement aux absences temporaires pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (les employés de compagnies de croisières, par exemple).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Department of Health Act*, un résident est admissible à la couverture de l'assurance-santé durant un séjour temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un patient hospitalisé, au tarif de 100 $ par jour pour les services aux patients hospitalisés et de 50 $ par visite et par jour pour les services aux patients externes.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre, en vertu d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les résidents de la province. Ainsi, les résidents n'ont pas besoin d'une approbation préalable pour recevoir des services assurés ailleurs au Canada, et des frais ne leur seront pas imposés à l'égard de ces services. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;

Le spécialiste du patient doit obtenir l'approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'étranger :

- Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander l'approbation du régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Afin qu'aucun obstacle de nature financière ne nuise à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la facturation de frais supplémentaires par les médecins ou les chirurgiens-dentistes et l'imposition de frais modérateurs par les hôpitaux pour des services de santé assurés sont interdits en Saskatchewan.

Le Saskatchewan Human Rights Code interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation familiale, l'état matrimonial, l'incapacité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan accorde toujours la priorité à la promotion de l'accès aux services de chirurgie et à l'amélioration du système provincial de soins chirurgicaux.

Le document intitulé Sooner, Safer, Smarter: A Plan to Transform the Surgical Patient Experience a été publié le 29 mars 2010. Ce plan orientera les efforts déployés pour améliorer l'expérience chirurgicale et réduire les temps d'attente en chirurgie à un maximum de trois mois d'ici

quatre ans, tout en veillant à ce que ces temps d'attente puissent être maintenus par la suite. Ce plan quadriennal a été élaboré compte tenu des recommandations formulées dans le cadre du Patient First Review, avec l'aide de groupes consultatifs d'intervenants. Il vise à améliorer l'expérience vécue par les patients dans tout le continuum de soins, du premier contact avec un fournisseur de soin jusqu'au moment de la chirurgie et au rétablissement au sein de la collectivité.

Le plan repose sur les cinq objectifs suivants : 1) temps d'attente réduits pour des soins chirurgicaux, 2) une meilleure expérience pour le patient et sa famille, 3) soins sécuritaires et de haute qualité, 4) soutien en faveur d'une bonne santé et 5) pratique centrée sur le patient. Vingt-cinq initiatives ont été créées à l'appui de ces objectifs, notamment en vue d'accroître le nombre d'interventions chirurgicales et les services d'imagerie diagnostique, d'offrir davantage d'options aux patients, de mettre en place des mécanismes pour améliorer la sécurité, d'organiser des activités de promotion de la santé et de prévention des blessures et d'appuyer une main-d'œuvre efficace en santé.

En date du 31 mars 2012, la province comptait 1 985 médecins autorisés à exercer dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 024 (51,6 %) étaient des médecins de famille, et 961 (48,4 %) étaient des spécialistes.

À la même date, il y avait également quelque 425 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. De ce nombre, 93 offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

En mai 2009, le gouvernement de la Saskatchewan a diffusé une stratégie de recrutement de médecins dans l'espoir de remédier à la pénurie de médecins à la grandeur de la province. Plusieurs initiatives de recrutement ont été financées en 2011-2012.

- On a poursuivi l'élaboration et le déploiement du plan provincial pour la répartition des effectifs en formation médicale dans le but d'augmenter le nombre de postes de médecins dans les centres ruraux. Des postes ont été offerts à des étudiants de niveau postdoctoral à Regina, Prince Albert et Swift Current.
- L'organisme de recrutement des médecins de la Saskatchewan (saskdocs), créé en 2009, a continué d'offrir une expertise en recrutement aux communautés, aux cabinets de médecins et aux services de santé.
- Le programme Saskatchewan International Physician Practice Assessment qui travaille à s'assurer que les médecins formés à l'étranger sont évalués de façon rigoureuse et que les patients reçoivent des soins sécuritaires et de qualité ainsi que pour satisfaire aux besoins des communautés et des régions de santé qui recrutent des médecins.

En plus des nouvelles initiatives susmentionnées, le Ministère offre diverses subventions aux établissements, des subventions pour la formation et des postes de résidents en échange d'engagements de service post-formation. Il finance en outre des mécanismes d'indemnisation pour couvrir les frais liés aux salles d'urgence afin que les patients puissent avoir accès aux services médicaux d'urgence.

Il existe également un certain nombre de programmes visant à stabiliser et à appuyer les services médicaux en milieu rural, notamment les suivants.

- Programme de services de suppléance – La Saskatchewan Medical Association reçoit du financement pour un service de suppléance qui permet aux médecins des régions rurales de s'absenter pour prendre des vacances, se perfectionner, etc.
- Programme de services médicaux du Nord – Cette initiative tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan vise à stabiliser l'effectif médical dans le Nord de la Saskatchewan.
- Réseau de télésanté du Nord – Les médecins des régions éloignées ou isolées ont accès à des collègues, des spécialistes et de l'éducation permanente.

Autres programmes

- Programme des autres modes de paiement et des services de soins primaires – Un soutien est accordé aux initiatives qui encouragent les médecins à recourir à des professionnels paramédicaux et favorisent l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de maintien en poste à long terme – Ce programme récompense les médecins qui exercent dans la province depuis au moins dix ans.
- Programme de congé parental – Mis sur pied en 2004, ce programme offre des prestations aux médecins en cabinet privé qui prennent un congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

5.2 Rémunération des médecins

En février 2011, le gouvernement de la Saskatchewan a signé une entente de quatre ans avec la Saskatchewan Medical Association couvrant la période du 1er avril 2009 au 31 mars 2013.

Aux termes de l'article 6 du Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (1994), le ministre de la Santé doit effectuer le paiement des services assurés conformément aux barèmes des prestations des médecins et des dentistes.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en

Saskatchewan. S'y ajoutent la rémunération à la séance, les salaires, les ententes de capitation et les méthodes mixtes. La rémunération à l'acte constitue le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province s'élevaient à 794,9 millions de dollars en 2011-2012, soit 457,3 millions pour la facturation à l'acte, 27,1 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 310,5 millions pour les services non rémunérés à l'acte. Un montant additionnel de 27,1 millions de dollars a été consacré aux autres programmes de la Saskatchewan Medical Association et à des programmes de bourses.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement versé aux régies régionales de la santé est établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque régie régionale de la santé reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir.

Les régies régionales de la santé peuvent recevoir des fonds supplémentaires pour les programmes hospitaliers spécialisés (p. ex. la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés et les services chirurgicaux) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions de santé.

Les paiements aux régies régionales de la santé pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, laquelle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé, pour l'application de cette loi, et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, si l'intérêt public le justifie.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs activités.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé dans le rapport annuel de 2011-2012 du Ministère, dans son budget annuel de 2011-2012 et les documents connexes, dans ses comptes publics de 2011-2012 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-exercice. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan. Les contributions fédérales ont aussi été reconnues sur le site Web du ministère de la Santé et dans des communiqués de presse, des documents de discussion, ainsi que des discours et remarques, à l'occasion de conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	1 014 649	1 035 544	1 036 284	1 070 477	1 084 127 [2]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	67	67	67	66	66
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	1 277 632 000 [3]	1 402 109 000 [3]	1 556 078 000 [3]	1 636 013 000 [3]	1 694 858 000 [3]
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	3	5
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	non disponible [4]	non disponible [4]

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	4 212	4 365	5 722	4 304	5 258
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	31 569 400	43 631 600	53 119 000	48 700 300	59 452 700
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	81 787	65 274	71 123	67 689	65 916
9. Total des paiements – malades externes ($)	17 240 900	17 936 200	21 497 100	21 282 400	25 410 000
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	245	251	398	295	400
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	2 291 200	1 637 300	2 755 200	3 401 000	8 186 600
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	1 381	1 437	2 189	1 992	2 646
13. Total des paiements – malades externes ($)	970 500	1 468 500	1 810 000	1 796 700	3 203 800

2. Les données pour la Saskatchewan sont celles en date du 30 juin 2011.
3. Cette somme comprend le financement estimatif du gouvernement des régies régionales de la santé (RRS), fondé sur les dépenses totales prévues moins les revenus de sources non gouvernementales tels qu'ils ont été fournis au ministère de la Santé de la Saskatchewan dans les plans opérationnels annuels des RRS.
   — Les soins de courte durée financés sont : les services de soins de courte durée; les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.
   — Ne comprend pas les soins de réadaptation ou de santé mentale aux patients hospitalisés, ni les services de traitement des dépendances.
   — Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux malades externes.
4. Les établissement de chirurgie privés reçoivent des paiements en vertu de contrats avec les régies régionales de la santé. Le ministère de la Santé ne verse aucun paiement à ces établissements.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	1 795	1 836	1 882	1 946	1 985
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	585 863 285	630 253 960	651 437 652	714 441 498	794 901 943
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	379 456 739 [5,6]	401 135 717 [5,6]	410 875 422 [5,6]	457 194 531 [5,6]	457 307 474 [5]

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	561 415	599 106	586 621	610 328	623 778
20. Total des paiements ($)	25 442 417	27 753 524	29 037 662	31 505 813	32 103 002
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements ($)	637 600	647 700	1 299 600	1 324 100	2 279 100

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	82	79	70	85	93
24. Nombre de services fournis (#)	16 347	18 085	22 349	17 800	17 420
25. Total des paiements ($)	1 577 176	1 840 276	2 013 007	1 827 088	1 719 770

5. Cette somme comprend la facturation à l'acte et le financement du Emergency Rural Coverage Program, suivant la formule de rémunération à l'acte.
6. Ces sommes ont été révisées conformément au rapport annuel sur les statistiques (2007-2008 à 2010-2011)

ALBERTA

INTRODUCTION

Le système de soins de santé de l'Alberta

En novembre 2010, le gouvernement de l'Alberta a diffusé le plan d'action intitulé *Becoming the Best: Alberta's 5-year Health Action Plan*. En 2011-2012, le ministère de la Santé de l'Alberta (ci-après désigné Santé) a appuyé les cinq principales stratégies du Plan de différentes façons.

Stratégie 1 – Améliorer l'accès et réduire les temps d'attente

- La campagne de sensibilisation du public HealthLink Alberta a permis de fournir davantage de conseils aux patients sur la question des soins d'urgence.

Stratégie 2 – Offrir un plus grand nombre d'options pour les soins continus

- Plusieurs ministères (Santé, Infrastructure, Affaires municipales) et Alberta Health Services, l'autorité de santé provincial, travaillent de pair sur un plan de mise en œuvre pour les soins continus qui satisfera aux besoins à venir de la province quant aux services de soins continus.

Stratégie 3 – Renforcer les soins de santé primaires

- En mai 2011, un nouvel outil de santé en ligne, MyHealth.Alberta.ca, a été lancé dans le cadre de l'initiative de portail sur les dossiers de santé personnels. Le site Web propose quelque 9 000 sujets de santé pour donner aux Albertains l'accès à des renseignements et à des services de santé dignes de confiance, ainsi qu'à des outils de santé et à des conseils sur la gestion du mieux-être. Le contenu du site a été examiné par un groupe de médecins et d'autres fournisseurs de soins de l'Alberta afin d'en assurer l'exactitude et la pertinence.

Stratégie 4 – Être et rester en santé

- Le Ministère a tenu son symposium international « Action on Wellness » à Banff, Alberta, du 11 au 13 octobre 2011. La question du bien-être y a été abordée sous différents points de vue : la saine alimentation, le mode de vie actif, la santé mentale, la prévention des toxicomanies et la façon de mettre en pratique les résultats de recherche dans ces domaines en Alberta.

Stratégie 5 – Construire un système de santé

- Depuis le 24 juin 2011, les fournisseurs de soins de l'Alberta peuvent consulter les images diagnostiques grâce au système de dossiers de santé électroniques de la province. Il s'agit d'une étape importante en vue de l'amélioration des soins aux patients, des résultats pour les patients et de la diminution de la répétition des examens.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Santé gère le régime d'assurance-santé de l'Alberta à des fins non lucratives et conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, l'*Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le ministre de la Santé détermine les services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé est responsable du régime d'assurance-santé de l'Alberta. La *Government Accountability Act* établit les structures de planification, de rapports hiérarchiques et de responsabilisation que le gouvernement et les organisations responsables doivent respecter.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services gouvernementaux, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux; il doit garantir au public la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Le vérificateur général de l'Alberta a terminé sa vérification du ministère de la Santé le 31 mars 2012 et a souligné que les états financiers présentaient, de façon juste, à tous égards importants, la situation financière et les résultats des activités pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2012.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, Alberta Health Services est l'organisme qui rend compte au ministre de la Santé de la prestation des services hospitaliers assurés. La *Hospitals Act*, le Hospitalization Benefits Regulation (AR 244/1990), la *Health Care Protection Act* et le Health Care Protection Regulation (AR 208/2000) régissent la prestation des services assurés par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés qui ne sont pas des hôpitaux. Un répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta se trouve à l'adresse suivante : http://www.health.alberta.ca/services/health-benefits-services.html (en anglais seulement).

En 2011-2012, aucune modification n'a été apportée à la loi régissant les services hospitaliers assurés.

Les services financés par l'État fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta vont des services de diagnostic et de traitement des niveaux les plus élevés fournis aux patients hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant un état chronique diagnostiqué. Les services auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le Hospitalization Benefits Regulation (AR 244/1990). Le règlement se trouve à l'adresse suivante : www.health.alberta.ca/about/health-legislation.html (en anglais seulement).

Il n'existe pas de processus courant d'examen des services hospitaliers assurés, car la liste des services assurés figurant dans les règlements se veut à la fois complète et générique et ne requiert ni d'examen de routine ni de mise à jour. Les modifications aux services médicaux spécifiques se trouvent dans le barème des prestations médicales et elles sont décrites dans la section qui suit.

2.2 Services médicaux assurés

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rétribution des médecins pour les services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta (article 6). Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

En date du 31 mars 2012, il y avait 7 706 médecins participant au régime d'assurance-santé de l'Alberta. De ce nombre, 6 294 étaient exclusivement rémunérés à l'acte, 738 faisaient exclusivement l'objet d'un autre mode de rémunération et la balance, soit 674 médecins, profitait des deux modes de rémunération. Des 7 706 médecins, 2 483 participaient à des réseaux de soins primaires.

Pour s'inscrire au régime d'assurance-santé de l'Alberta, le médecin doit remplir les formulaires d'inscription appropriés et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

Aux termes de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les médecins sont réputés participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Toutefois, les médecins peuvent se retirer du régime en informant le ministre par écrit de la date du retrait, en publiant un avis du retrait proposé dans un journal à grand tirage de la région où ils pratiquent et en affichant un avis du retrait proposé dans un endroit de leur cabinet auquel les patients ont accès au moins 180 jours avant la date officielle du retrait. Les médecins qui se sont retirés du régime doivent afficher un avis dans leur cabinet, dans un lieu auquel les patients ont accès, pour s'assurer que chaque patient est informé du retrait avant qu'un service lui soit fourni. En date du 31 mars 2012, il n'y avait aucun médecin non participant dans la province.

L'article 12 du Health Care Insurance Regulation énumère les services qui ne sont pas assurés au titre des services de base ou des services complémentaires. Le Medical Benefits Regulation fixe les prestations accordées pour les services médicaux assurés fournis aux habitants de l'Alberta. Ces services sont décrits dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante : http://www.health.alberta.ca/professionals/SOMB.html (en anglais seulement).

Le barème des prestations médicales est révisé de façon continue. Depuis le 31 mars 2011, de nombreux changements ont été apportés aux descriptions de modificateurs et de services dans le barème. Parmi les changements apportés, on note des précisions aux règles générales et des modificateurs ayant une incidence sur les tarifs de certains services. Tous les changements au barème doivent être approuvés par le ministre. Il n'y a eu aucun ajout depuis le 1er avril 2011.

En vertu de l'accord-cadre trilatéral 2003-2011, tout changement apporté aux services médicaux assurés mentionnés dans le barème des prestations médicales est le résultat de négociations avec Santé, l'Alberta Medical Association et Alberta Health Services. L'accord a pris fin le 31 mars 2011. Il n'y a actuellement aucun nouvel accord avec les médecins. Par conséquent, aucun élément n'a été ajouté au barème après le 31 mars 2011 et aucune hausse de tarifs n'a été appliquée.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En Alberta, un petit nombre d'actes de chirurgie dentaire sont assurés. La plupart de ces interventions peuvent seulement être facturées au régime d'assurance-santé de l'Alberta lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act*.

L'Alberta assure un certain nombre d'interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale médicalement nécessaires qui figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale affiché à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/professionals/allied-services-schedule.html (en anglais seulement).

Il n'existe pas d'entente officielle avec les dentistes, mais Santé rencontre les membres de l'Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Toute modification au barème doit être approuvée par le ministre.

En vertu de l'article 7 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les dentistes sont réputés participer au régime. Un dentiste peut se retirer du régime en avisant le ministre par écrit de la date de son retrait et en s'assurant que chaque patient est informé qu'il n'exerce plus dans le cadre du régime avant que des services quelconques lui soient fournis. En date du 31 mars 2012, aucun dentiste ne s'était retiré du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 12 du Health Care Insurance Regulation énumère les services qui ne sont pas assurés au titre des services de base ou des services complémentaires. Le paragraphe 4(2) du Hospitalization Benefits Regulation présente la liste des services hospitaliers qui ne sont pas considérés comme assurés. La politique provinciale sur les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services spéciaux est accessible à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/newsroom/pub-health-authorities.html (en anglais seulement).

La politique expose les attentes du gouvernement albertain à l'égard d'Alberta Health Services et guide la prise de décisions de l'organisme concernant l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou spéciaux. Ce cadre stratégique exige qu'Alberta Health Services donne un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre de la Santé quant aux catégories de chambres privées ou semi-privées offertes et aux frais imposés pour chaque catégorie. Alberta Health Services doit également faire parvenir un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services spéciaux. Il doit aussi fournir des renseignements au sujet des frais pour ces biens ou services et, s'il y a lieu, indiquer les critères ou les signes cliniques qui permettraient à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services courants.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les habitants de la province sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Par « habitant », on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et qui y vit habituellement. Le terme « habitant » exclut les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta. Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles ont le statut d'immigrant admis, d'immigrant admis de retour au pays ou de Canadien de retour au pays. Les détenteurs de visa d'entrée en règle au Canada qui se trouvent en Alberta peuvent également être admissibles au régime d'assurance-santé de la province et leur dossier est étudié en fonction de chaque cas.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé de l'Alberta, mais qui relèvent du gouvernement fédéral sont les suivants :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade[1];
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

Le conjoint/partenaire et les personnes à charge des personnes susmentionnées sont couverts par le régime d'assurance-santé de l'Alberta s'ils résident en Alberta.

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta couvre les personnes qui ne sont plus membres de la GRC ou des Forces canadiennes ou qui sont libérées d'un pénitencier fédéral à partir de la date de cessation d'emploi ou de libération si un avis est envoyé dans les trois mois. Si la cessation d'emploi ou la libération a lieu dans une autre région du Canada, ces personnes sont admissibles à une couverture le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta. En 2011-2012, aucune modification relative à l'admissibilité n'a été apportée à la loi.

1. À l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi*, la croissance et la prospérité durable, du gouvernement fédéral, le 29 juin 2012, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Au moment de la compilation des données du présent rapport, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux tenaient des consultations au sujet des modifications à apporter aux lois sur la santé des provinces et des territoires pour que les membres de la GRC soient assurés dans le cadre des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.

Afin de pouvoir bénéficier des services couverts par le régime d'assurance-santé de l'Alberta, les habitants de l'Alberta doivent s'inscrire au régime et y inscrire également les personnes admissibles à leur charge. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte. Les nouveaux habitants de la province doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois suivant leur arrivée, à défaut de quoi les dates d'entrée en vigueur pourraient varier. Les personnes arrivant d'une autre province ou d'un territoire du Canada sont inscrites au régime le premier jour du troisième mois suivant leur arrivée. Les personnes arrivant de l'extérieur du Canada sont inscrites au régime le jour de leur établissement en l'Alberta. Le processus d'inscription au régime et de délivrance de cartes de remplacement exige que les personnes qui s'inscrivent produisent des pièces d'identité et des documents attestant qu'elles sont autorisées à être au Canada et qu'elles résident en Alberta.

En date du 31 mars 2012, 3 910 117 habitants de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-santé. En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, un habitant peut se retirer du régime d'assurance-santé de la province en présentant une déclaration en ce sens au ministre de la Santé. En date du 31 mars 2012, 216 habitants de l'Alberta s'étaient retirés du régime.

3.2 Autres catégories de personnes

Au nombre des titulaires d'un visa d'entrée au Canada en règle pouvant être admissibles, mentionnons ceux détenant un visa d'étudiant ou d'emploi, de résident temporaire ou de visiteur. En date du 31 mars 2012, 74 046 personnes étaient couvertes aux termes de conditions semblables.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta, les personnes d'une autre région du Canada qui s'installent de façon permanente en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta offre une couverture aux habitants admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Une personne est considérée temporairement absente de l'Alberta si elle demeure dans une autre province ou un autre territoire pour une période d'au plus 12 mois consécutifs.

Les personnes qui s'absentent habituellement de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées habitantes de l'Alberta si elles convainquent Santé que leur lieu de résidence permanent et principal se trouve en Alberta.

L'Alberta est partie aux ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les médecins et les hôpitaux qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un territoire soient payés dans les meilleurs délais possible. Le Québec ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Aux termes de ces ententes, l'Alberta paie les coûts des services assurés reçus ailleurs au Canada par les Albertains aux tarifs de la province ou du territoire où le service a été rendu.

En 2011-2012, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires de l'Alberta sont fournis à :

http://www.health.alberta.ca/AHCIP/outside-coverage.html (en anglais seulement).

L'article 16 du Hospitalization Benefits Regulation porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus au Canada, mais à l'extérieur de l'Alberta. L'article 4 du Medical Benefits Regulation porte sur le paiement des services médicaux reçus au Canada, mais à l'extérieur de l'Alberta. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2011-2012.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La couverture du régime d'assurance-santé de l'Alberta est offerte aux habitants admissibles de la province qui sont absents temporairement du Canada. Une personne est considérée absente temporairement de l'Alberta si elle demeure hors du Canada pour une période d'au plus six mois consécutifs et qu'elle prévoit retourner et garder sa résidence permanente en Alberta à la fin de son séjour à l'extérieur de la province.

Les personnes qui s'absentent habituellement de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées habitantes de l'Alberta si elles convainquent Santé que leur lieu de résidence permanent et principal se trouve en Alberta.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 $ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le montant par visite en consultation externe est de 50 $ (canadiens), à raison d'une visite par jour. La seule exception est le service d'hémodialyse offert aux patients non hospitalisés qui peut commander un maximum de 461 $ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont payés aux tarifs de l'Alberta. Il est également possible d'obtenir du financement en faisant une demande au Out-of-Country Health Services Committee qui évaluera les demandes de remboursement présentées par des médecins albertains au nom d'habitants admissibles de l'Alberta pour des services médicalement nécessaires, couverts par le régime d'assurance-santé, ayant été obtenus dans une situation d'urgence et non disponibles au Canada. De plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'étranger sont présentés à l'adresse suivante : http://www.health.alberta.ca/AHCIP/outside-coverage.html (en anglais seulement).

L'article 16 du Hospitalization Benefits Regulation porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus à l'extérieur du Canada. L'article 5 du Medical Benefits Regulation porte sur le paiement des services médicaux reçus à l'extérieur du Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2011-2012.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés facultatifs reçus au Canada, mais à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour les actes médicaux onéreux non compris dans les ententes de réciprocité, comme la chirurgie au scalpel gamma.

Une demande préalable doit être faite pour les services facultatifs reçus hors du pays et seuls seront autorisés, par le Out-of-Country Health Services Committee, les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les habitants de l'Alberta ont accès aux services de santé financés et assurés par la province, peu importe où ils habitent dans la province. En Alberta, il y a deux grandes régions métropolitaines, les régions de Calgary et de la capitale (Edmonton), qui fournissent, pour l'ensemble de l'Alberta, des services de santé payés aux habitants de la province qui ont besoin de services de diagnostic ou de traitement de niveau tertiaire.

Alberta Health Services est responsable de la surveillance de la planification et de la prestation de services de santé et de soutien à plus de trois millions et demi d'adultes et d'enfants habitant la province de l'Alberta. Le conseil d'administration d'Alberta Health Services gère tous les services de santé de la province et travaille en partenariat avec Santé pour s'assurer que tous les Albertains ont un accès égal aux services de santé partout dans la province.

Dans le cadre du plan d'investissement en santé pour 2010-2013, Santé a annoncé le financement de plusieurs projets de soins ambulatoires, primaires et de courte durée dans le but d'améliorer l'accès des Albertains à ces soins assurés. Parmi ces projets, mentionnons :

- la restructuration de l'hôpital régional de Medicine Hat comportant des rénovations en vue de créer des places additionnelles dans les unités de soins ambulatoires;
- la construction, sur un nouvel emplacement, du nouveau centre de santé d'Edson qui offrira des services et des programmes de santé en vue de satisfaire aux besoins de la collectivité, y compris des soins de courte durée, des services d'urgence et de consultation externe;
- le nouveau centre de santé de High Prairie, en remplacement du complexe existant et du centre de soins infirmiers J.B. Wood, qui sera construit sur un nouvel emplacement et offrira une vaste gamme de services de santé, comme des programmes de soins de courte durée, de soins continus et de santé communautaire;
- la construction du nouvel hôpital régional de Grande Prairie qui comprendra un centre d'oncologie à la fine pointe de la technologie;
- l'engagement du gouvernement de l'Alberta d'ajouter 5 300 places pour les soins continus sur une période de cinq ans, soit de mars 2010 à mars 2015;
- le lancement de sept nouveaux réseaux de soins primaires (RSP) durant la période 2010-2011 :
  - le RSP d'Athabasca a été lancé le 1er avril 2010;
  - le RSP de Cold Lake et le RSP de Vegreville ont été lancés le 1er juillet 2010;
  - le RSP de Wetaskiwin et le RSP de Vermilion ont été lancés le 1er septembre 2010;
  - le RSP de Grande Prairie a été lancé le 1er octobre 2010;
  - le RSP de Lloydminster a été lancé le 1er janvier 2011.

En date du 31 mars 2011, il y avait 39 RSP en exploitation en Alberta.

5.2 Rémunération des médecins

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rémunération des médecins. La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta selon le mode de rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume. Les régimes prévoyant d'autres modes de rémunération (AMR) auxquels participent des spécialistes et des médecins de famille contribuent à l'amélioration des résultats de santé en favorisant une prestation de soins novatrice.

En vertu de l'accord-cadre trilatéral 2003-2011 qui a pris fin le 31 mars 2011, des modifications à la rémunération des médecins concernant la prestation des services assurés ont fait l'objet de négociations. L'accord prévoyait des hausses globales pour le mode de rémunération à l'acte et les AMR. Une fois les hausses globales fixées, dans le contexte de l'accord négocié, les parties ont mis au point un mécanisme de répartition des hausses entre les diverses spécialités médicales.

En vertu de l'accord, les AMR ont été établis pour favoriser le recrutement et le maintien en poste des médecins, la prestation des services en équipe, l'accès aux services, la satisfaction des patients et l'optimisation des ressources. Les AMR assurent un financement prévisible qui permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins dans leurs programmes et de les maintenir en poste. Les AMR sont uniques en ce sens qu'ils offrent des solutions de rechange au financement traditionnel de la prestation des services de santé par le gouvernement. À l'expiration de l'accord le 31 mars 2011, le financement des AMR a été prolongé au moyen d'un arrêté du ministre.

Outre qu'il traite des questions de rémunération pour la prestation des services assurés, l'accord renferme des dispositions pour les programmes de facilitation de l'accès pour les patients et d'amélioration des services. L'accord a établi l'initiative de soins primaires en vertu de laquelle les réseaux de soins primaires reçoivent un financement. Les RSP soutiennent la prestation novatrice de soins de santé et travaillent en équipe pour coordonner les soins à leurs patients. Les médecins de famille travaillent avec les services de santé de l'Alberta pour mieux intégrer les services de santé en assurant la liaison avec les services régionaux, comme les soins à domicile. Les médecins de famille peuvent également travailler avec d'autres fournisseurs de soins de santé, comme des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes et des spécialistes de la santé mentale qui aident à fournir des services au sein des RSP. Le financement des RSP, prolongé par Santé lorsque l'accord 2003-2011 a pris fin, ne vise pas à rémunérer les médecins qui assurent la prestation des services assurés, bien que les médecins puissent recevoir un paiement au titre des services non assurés liés au travail effectué pour le compte du RSP.

L'accord négocié prévoit également que des paiements seront versés aux médecins en vertu du programme des médecins en attente, du programme d'informatisation des cabinets de médecin, des programmes de paiements au titre des frais généraux et des incitatifs pour les régions rurales. Santé a également prolongé le financement de ces programmes au moment où l'accord négocié a pris fin, soit le 31 mars 2011.

À l'instar de la majorité des médecins, les dentistes qui fournissent des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés aux termes du régime d'assurance-santé de l'Alberta reçoivent de celui-ci une rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume. Santé établit les tarifs par voie de consultation avec l'Alberta Dental Association and College.

5.3 Paiements aux hôpitaux

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement de la seule régie régionale de la santé, soit Alberta Health Services. En Alberta, le financement fondé sur la population est la formule retenue pour assurer la prestation de la plupart des services hospitaliers assurés. Une subvention pour les services de santé mentale assurés est fournie dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale en milieu communautaire. Des subventions sont accordées pour la prestation de services assurés dans les centres anticancéreux et pour payer les services d'oncologie reçus par les patients dans les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux d'Edmonton et de Calgary reçoivent des fonds pour fournir des services hautement spécialisés à tous les habitants de la province.

La *Health Care Protection Act* de l'Alberta régit la prestation des services chirurgicaux assurés fournis par des établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux. Le contrat entre l'établissement ou l'administrateur et Alberta Health Services doit avoir été approuvé par le ministre afin que l'établissement fournisse des services assurés. Les établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux doivent également être désignés par le ministre et agréés par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

Conformément à la *Health Care Protection Act*, l'approbation d'une entente contractuelle par le ministre dépend de la conformité de celle-ci aux critères suivants :

- conformité des services chirurgicaux assurés aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- existence, à l'heure actuelle et vraisemblablement à l'avenir, d'un besoin pour des services dans une région donnée;
- absence d'incidence négative des services chirurgicaux proposés sur le système public de soins de santé de la province;

- existence d'un avantage prévu pour la population;
- existence d'un plan opérationnel acceptable de paiement des services établi par Alberta Health Services;
- mention, dans l'entente proposée, des attentes en matière de rendement et des mesures du rendement;
- respect des exigences relatives à l'éthique et aux conflits d'intérêts de la *Medical Profession Act* et des règlements connexes par les médecins qui fournissent les services.

6.0 RECONNAISSANCE DES *TRANSFERTS FÉDÉRAUX*

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu la contribution du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2011-2012.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	3 473 996	3 589 494	3 692 001	3 786 238	3 910 117

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	204	251	248	250	250
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	5 334	5 447	5 411	5 689	5 707
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	27 481 524	31 475 940	33 077 528	37 887 391	36 659 355
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	101 455	104 127	105 792	110 757	109 703
9. Total des paiements – malades externes ($)	18 004 246	25 346 678	26 879 756	29 382 381	29 687 993
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA[2]					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	4 014	4 762	4 506	3 075	3 613 [3]
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	378 043	446 718	425 269	294 507	339 343 [3]
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	3 934	4 305	4 544	3 425	4 414 [3]
13. Total des paiements – malades externes ($)	214 162	291 836	306 639	267 120	467 081 [3]

2. Sont exclus de ces données les demandes ou paiements concernant des habitants de l'Alberta qui ont reçu des services de santé à l'extérieur du pays au moyen du mécanisme de demande du Out-of-Country Health Services Committee.

3. Les données concernant les services hospitaliers ou médicaux à l'extérieur du pays sont exactes en date du 31 mars 2012 mais ne reflètent pas les demandes qui sont encore en traitement pour 2011-2012.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	6 058	6 266	6 482	6 743	7 706 [4]
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	sans objet [5]	sans objet [5]	sans objet [5]	sans objet [5]	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	1 718 717 023	1 851 703 042	2 133 199 354	2 302 481 210	2 450 159 476

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	548 423	696 639	599 596	611 503	616 786
20. Total des paiements ($)	20 899 683	22 614 491	24 621 807	25 340 583	27 960 901
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA [6]					
21. Nombre de services (#)	22 055	22 817	22 070	15 654	non disponible [7]
22. Total des paiements ($)	1 105 831	1 245 840	1 266 451	909 715	non disponible [7]

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	207	202	212	207	218
24. Nombre de services fournis (#)	16 769	18 705	18 963	21 052	20 784
25. Total des paiements ($)	3 913 975	4 479 725	4 847 467	5 747 026	6 293 750

4. De ceux-ci, 6 294 reçoivent une rémunération à l'acte, 738 sont associés à d'autres modes de rémunération (AMR) et les autres 674 font partie des deux modes.
5. Les lois de l'Alberta stipulent que tous les médecins sont réputés participer au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, à moins qu'ils ne se retirent de celui-ci conformément à la procédure énoncées à l'article 8 de l'Alberta Health Care Insurance Act. En date du 31 mars 2012, aucun médecin n'avait opté pour le retrait du régime, tel que le précise l'indicateur 16.
6. Sont exclus de ces données les habitants de l'Alberta qui ont reçu des services de santé à l'extérieur du pays au moyen du mécanisme de demande du Out-of-Country Health Services Committee.
7. Les données pour les services hospitaliers ou médicaux à l'extérieur du pays sont encore en traitement pour 2011-2012.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

INTRODUCTION

La Colombie-Britannique dispose d'un système de soins de santé intégré et progressif qui comprend des services assurés financés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, des services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie-Britannique, ainsi que des services réglementés, mais non financés par le gouvernement. Le ministère de la Santé (le Ministère) a la responsabilité globale de s'assurer que les Britanno-Colombiens ont accès rapidement à des services de santé de qualité et adéquats.

Le Ministère collabore avec les autorités de santé, les fournisseurs de soins, des organismes et d'autres groupes pour orienter et améliorer les services de santé de la province, pour rendre les soins disponibles et pour s'assurer que les Britanno-Colombiens reçoivent du soutien dans leurs efforts pour conserver et améliorer leur état de santé. Le Ministère dirige, oriente et soutient ces partenaires qui fournissent des services et établit les normes, les attentes et les buts provinciaux relatifs à la prestation des services de santé par les autorités de santé. Les six autorités de santé de la province sont les organismes qui ont la responsabilité première de la prestation des services de santé. Cinq autorités régionales de santé assurent la prestation d'un continuum complet de services de santé afin de satisfaire aux besoins de la population dans leur région géographique respective. Une sixième autorité de santé, la Provincial Health Services Authority, est responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité aux services et aux programmes de santé provinciaux.

La prestation des services de santé et la santé de la population font l'objet d'une surveillance continue de la part du Ministère. Cette surveillance permet d'orienter la planification stratégique et les politiques du Ministère, dans le but de s'assurer que l'information sur la santé et les services de santé fournis satisfont toujours aux besoins des Britanno-Colombiens. Pour en savoir plus à propos du système de santé public de la Colombie-Britannique, veuillez consulter le rapport annuel sur le rendement du système de 2011-2012 du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique : www.bcbudget.gov.bc.ca/*Annual_Reports/2011_2012/pdf/hlth.pdf*.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé (Medical Services Plan – MSP) de la Colombie-Britannique est administré par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (le Ministère). Le MSP assure les services médicalement nécessaires fournis par des médecins et d'autres professionnels de la santé, les services de laboratoire et les actes diagnostiques. Le Ministère établit des buts, des normes et des objectifs de rendement pour la prestation des services de santé, en plus de travailler avec les six autorités de santé de la province pour fournir, dans les meilleurs délais, des services de santé appropriés et de qualité aux Britanno-Colombiens. Les services hospitaliers généraux sont fournis aux termes de la *Hospital Insurance Act* (article 8) et de son règlement d'application, de la *Hospital Act* (article 4), et de la *Hospital District Act* (article 20).

La Medical Services Commission (MSC) gère le régime d'assurance-santé au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 3) et à son règlement d'application. Cette façon de faire a pour but de préserver un système public de soins de santé économiquement viable en Colombie-Britannique, où l'accès aux soins médicaux nécessaires est fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer de la personne. La fonction et le mandat de la MSC sont de faciliter un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des établissements de services diagnostiques de qualité pour les citoyens de la Colombie-Britannique.

La MSC est un organisme constitué par une loi, composé de neuf membres : trois représentants du gouvernement de la Colombie-Britannique, trois représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) et trois représentants du public choisis conjointement par la BCMA et le gouvernement.

En 2011-2012, la *Medicare Protection Act* a été modifiée afin d'appuyer la mise en œuvre d'une carte d'assurance-maladie plus sécuritaire conçue pour améliorer la sécurité des patients et réduire la fraude. De plus, le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié afin de mettre en œuvre cette modification à la *Medicare Protection Act* et de préciser le cadre de l'inscription obligatoire et du renouvellement de l'inscription au MSP.

1.2 Liens hiérarchiques

La Medical Services Commission rend des comptes au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministre de la Santé; un rapport est publié chaque année pour l'exercice financier précédent, qui fait le point sur les activités de la MSC, ses sous-comités et les autres instances déléguées. Les états financiers de la MSC sont aussi publiés chaque année; la liste alphabétique des paiements versés par la MSC aux praticiens, aux groupes, aux cliniques, aux hôpitaux et aux établissements de diagnostic y est présentée pour chaque exercice financier.

Le Ministère fournit des renseignements détaillés dans le rapport annuel sur le rendement du système de santé public de la Colombie-Britannique. Le suivi et la présentation de ces renseignements cadrent avec l'approche stratégique du Ministère en matière de planification du rendement et de présentation de rapports sur le rendement ainsi qu'avec les exigences de la *Budget Transparency and Accountability Act* (2000) de la province.

En plus du rapport annuel sur le rendement du système de santé, le Ministère rend des comptes au moyen de diverses publications, notamment les suivantes :

- le rapport annuel sur les statistiques de l'état civil;
- le rapport annuel du médecin-hygiéniste de la province (sur la santé de la population);
- les rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé;
- le rapport annuel de la Medical Services Commission.

1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par les instances suivantes :

- Les services consultatifs et de vérification interne du bureau du contrôleur général (BVG), à titre de vérificateur interne du gouvernement. Le contrôleur général fixe le moment et la portée des vérifications internes par voie de consultation avec le comité de vérification du Ministère. Les rapports du BVG peuvent être consultés sur le site Web suivant : http://www.fin.gov.bc.ca/ocg/ias/Audit_Reports.htm.
- Le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique est responsable d'effectuer des vérifications annuelles ainsi que des vérifications et des rapports spéciaux. Le BVG présente ses résultats à l'Assemblée législative. Il décide de son propre chef d'effectuer une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'Assemblée législative examine les recommandations du BVG et détermine si le Ministère leur a donné suite, le cas échéant.

La vérification annuelle par le BVG des comptes et des transactions financières du Ministère est rapportée dans l'examen global et l'avis du BVG concernant les comptes publics de la Colombie-Britannique et se trouve sur le site Web suivant : http://www.bcauditor.com/pubs/2012/special/auditor-generals-opinions-summary-financial-statements-an.

Les vérifications et rapports spéciaux du BVG peuvent être consultés sur le site Web suivant : http://www.bcauditor.com/pubs.

1.4 Organisme désigné

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique exige que les citoyens admissibles paient des primes. Le ministère des Finances a prélevé ces primes pendant l'exercice 2011-2012. Revenue Services of British Columbia (RSBC) est responsable des services de gestion des revenus, ce qui comprend la gestion des comptes, la facturation, les remises et les recouvrements, au nom de la province de la Colombie-Britannique (ministère des Finances). La province demeure responsable de toutes les mesures de recouvrement administrées par le gouvernement, de leur contrôle et de leur exécution.

RSBC doit se conformer à toutes les lois applicables, dont les suivantes :

- l'*Ombudsman Act* (Colombie-Britannique);
- la *Business Practices and Consumer Protection Act* (Colombie-Britannique);
- la *Financial Administration Act* (Colombie-Britannique);
- les lois sur l'accès à l'information, c'est-à-dire la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (Colombie-Britannique), y compris les inspections prévues par cette loi, la *Personal Information Protection Act* (Colombie-Britannique) et la loi fédérale équivalente, s'il y a lieu.

Depuis 2005, le Ministère retient les services de MAXIMUS Canada pour l'administration du régime d'assurance-santé et du régime d'assurance-médicaments (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des demandes de règlement pour frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). MAXIMUS Canada administre les régimes d'assurance-santé et d'assurance-médicament de la province en vertu du programme Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions d'établissement des politiques et de prise de décisions continuent à relever du Ministère.

- HIBC présente au Ministère des rapports mensuels sur les niveaux de services fournis au public et aux fournisseurs

de soins de santé. HIBC publie également sur son site Web des rapports sur le rendement des services clés.

- HIBC impute les paiements sur les prestations approuvées par le Ministère, qui approuve tous les paiements avant qu'ils soient émis.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre de la Santé le pouvoir de désigner des établissements comme hôpitaux, d'accorder des permis à des hôpitaux de soins en résidence privés, d'approuver les règlements des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux et de nommer un administrateur public. Cette législation fixe également les paramètres généraux du fonctionnement des hôpitaux.

La *Hospital Insurance Act* et la *Hospital Insurance Act* confèrent au ministre de la Santé le pouvoir de verser des paiements aux autorités de santé pour l'exploitation des hôpitaux, indiquent qui a droit de recevoir des services assurés et définissent les « services hospitaliers généraux » qui doivent être fournis à titre de prestations.

Les services hospitaliers sont assurés lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire dans un hôpital public et qu'ils sont jugés médicalement nécessaires par son médecin traitant ou sa sage-femme. Il n'existe pas de processus d'examen périodique ou régulier des services hospitaliers assurés, car la liste des services assurés comprise dans le Règlement se veut complète et inclusive. Les services non assurés sont traités à la section 2.4 du présent rapport.

Quand ils sont médicalement nécessaires, les services et produits suivants sont fournis aux patients dans un hôpital de soins actifs ou dans un hôpital de réadaptation :

- l'hébergement et la fourniture de repas au niveau de service normal;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes requis par le patient, quand ils sont administrés en milieu hospitalier;
- les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations connexes;
- les actes de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre;
- l'usage des salles d'opération, de travail et d'anesthésie, les fournitures chirurgicales ordinaires et autres matériels et fournitures nécessaires;
- l'usage des installations de radiothérapie;
- l'usage des installations de physiothérapie;
- les services d'un travailleur social;
- les services de réadaptation, y compris l'ergothérapie et l'orthophonie;
- d'autres services requis approuvés par le ministre, à condition qu'ils soient fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Quand ils sont médicament nécessaires, les services et produits suivants sont couverts par la *Hospital Insurance Act* ou par la *Medicare Protection Act* aux patients externes visés par ces lois :

- services du département d'urgence;
- services de diagnostic (p. ex. procédures de laboratoire et radiologiques);
- utilisation des salles d'opération;
- équipement et fournitures utilisés dans la prestation de services médicalement nécessaires au prestataire, notamment les anesthésiques, les fournitures stériles, les pansements, les plâtres, les attelles ou les dispositifs d'immobilisation et les bandages;
- les repas requis pendant la phase de diagnostic et le traitement;
- les médicaments administrés dans le cadre d'un service médicalement nécessaire fourni au bénéficiaire;
- tout service approuvé par le ministre qui est fourni par un employé de l'hôpital.

Ces services sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à l'exception des frais différentiels pour les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément, mais non médicalement nécessaires, et pour les chambres privées ou semi-privées quand elles ne sont pas médicalement nécessaires et des frais journaliers qui sont imposés aux bénéficiaires de soins en établissement hébergés dans des hôpitaux de soins de longue durée ou des hôpitaux généraux.

Certains établissements qui offrent des soins en établissement (dans ce cas, l'expression « soins prolongés » est souvent utilisée) sont réglementés aux termes de la *Hospital Act*. Les autorités de santé et les hôpitaux doivent suivre les politiques de soins à domicile et dans la collectivité pour établir quelles prestations sont couvertes dans de tels cas.

2.2 Services médicaux assurés

La gamme des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé comprend tous les services de diagnostic et de traitement médicalement nécessaires. Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act*. Aux termes de l'article 13, les

praticiens inscrits au MSP (notamment les médecins et les autres professionnels de la santé, comme les sages-femmes) qui offrent des services à un bénéficiaire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires applicable.

Sauf en cas d'exclusion expresse, les services médicaux suivants sont assurés au titre du régime d'assurance-santé, conformément à la *Medicare Protection Act* et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services médicalement nécessaires fournis aux « bénéficiaires » (habitants de la Colombie-Britannique inscrits aux MSP conformément à l'article 7 de la MPA) par un médecin inscrit au régime d'assurance-santé;
- les services médicalement nécessaires fournis sous la supervision d'un médecin inscrit dans un établissement de diagnostic agréé.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au tableau du College of Physicians and Surgeons of British Columbia et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent aussi être inscrits au régime d'assurance-santé afin de recevoir des paiements pour la prestation de services assurés. Au cours de l'exercice financier 2011-2012, 9 628 médecins étaient inscrits au régime d'assurance-santé (ce nombre ne comprend que les omnipraticiens et les spécialistes) et facturaient à l'acte. De plus, certains médecins étaient uniquement salariés, ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les autorités de santé. Les médecins rémunérés par ces autres modes peuvent également facturer des services à l'acte dans le cadre de leur pratique.

Outre les médecins et les chirurgiens-dentistes, les professionnels de la santé suivants peuvent s'inscrire pour fournir des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé : les sages-femmes, les optométristes et les praticiens offrant des services supplémentaires. Le programme de prestations supplémentaires en santé aide les bénéficiaires qui ont droit à de l'aide pour le paiement de la prime à avoir accès aux services suivants : acupuncteur, massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien, naturopathe et podiatres (services non chirurgicaux). Le programme verse 23 $ par patient pour le coût d'une visite, à concurrence de dix visites par patient par année pour l'ensemble des six types de fournisseur.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire auprès de la Medical Services Commission (MSC) ou de se retirer du régime. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la MSC. Les coûts des services fournis par un médecin non inscrit sont entièrement à la charge du patient. En 2011-2012 cinq médecins s'étaient retirés du régime. En raison du reclassement de l'information et des données correspondantes, la Colombie-Britannique n'effectue pas le suivi des médecins ne participant pas au régime.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, auquel cas ils doivent faire parvenir un avis écrit à la MSC. Dans un délai de 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, celle-ci leur communiquera une date d'entrée en vigueur. Les patients peuvent soumettre au régime d'assurance-santé une demande de remboursement à l'égard des frais des services assurés reçus.

En vertu de l'entente-cadre avec les médecins entre le gouvernement, la MSC et la British Columbia Medical Association (BCMA), les changements apportés au barème d'honoraires (ajouts, suppressions et modifications d'honoraires) sont effectués par la MSC, sur l'avis de la BCMA. Les médecins qui veulent modifier le barème d'honoraires doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA. Sur recommandation de ce comité, la MSC peut inscrire provisoirement de nouveaux actes ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée.

Durant l'exercice 2011-2012, 106 nouveaux services médicaux reflétant les normes actuelles de pratique ont été ajoutés à la liste des services assurés par le régime d'assurance-santé, par exemple 34 nouveaux services ont été ajoutés à la section Chirurgie générale, 21 dans la section Médecine générale et huit, dans la section Chirurgie esthétique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime d'assurance-santé lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sécuritaire une intervention chirurgicale prévue dans le barème d'honoraires pour services dentaires. Les actes de chirurgie dentaire assurés sont les interventions visant à traiter un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes incluent la chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de blessures traumatiques; la chirurgie orthognathe; les extractions requises sur le plan médical; le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire. Les ajouts ou les modifications à la liste des services assurés sont effectués par le régime d'assurance-santé (MSP), sur l'avis du Dental Liaison Committee, et doivent être approuvés par la MSC.

Tout chirurgien-dentiste généraliste ou stomatologiste membre en règle du College of Dental Surgeons et inscrit au régime d'assurance-santé peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2011-2012, 218 dentistes (ce nombre comprend seulement les stomatologistes, les chirurgiens-dentistes, les spécialistes de la médecine buccale et les orthodontistes) étaient inscrits au régime et facturaient à l'acte.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux est accordé si le médecin traitant et l'hôpital jugent qu'ils sont médicalement nécessaires est le critère du financement public des hôpitaux et des services médicaux.

Les médicaments administrés aux patients hospitalisés et les médicaments à emporter qui ne sont pas cliniquement approuvés par l'hôpital ne sont pas assurés.

Les autres services exclus aux termes de la *Hospital Insurance Act* et de son règlement sont les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par WorkSafe BC, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; les services ou les traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre ou une personne désignée par le ministre, ne sont pas jugés nécessaires et les maladies ou états exclus (p. ex. la fertilisation *in vitro*, les services visant des fins purement esthétiques; les interventions visant le rétablissement de la fécondité, sauf quand la stérilisation est consécutive à une blessure). Les services hospitaliers non assurés comprennent aussi l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément; la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés; les soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie. Les services hospitaliers assurés n'incluent pas le transport aller-retour à l'hôpital (toutefois, en vertu d'une politique du Ministère, les autorités de santé doivent financer certains de ces services, moyennant de légers frais d'utilisation).

Les services non assurés au titre du régime d'assurance-santé sont les suivants : les services assurés aux termes de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales; les prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; les examens qui ne sont pas médicalement requis; les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste; les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les services médico-légaux; la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par des assureurs privés à des patients à l'égard de services qui sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un praticien. L'article 17 interdit d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou [Traduction] « de fournitures, de consultations, d'intervention et de l'usage d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou de toute autre chose associée à la prestation d'un service assuré ».

Le Ministère donne suite aux plaintes des patients et prend les mesures qui s'imposent pour corriger les situations signalées au Ministère. La MSC détermine les services qui sont assurés et a le pouvoir de retirer des services de la liste des services assurés. Les propositions à cet effet doivent lui être soumises. Une consultation peut alors être faite par l'entremise d'un sous-comité de la MSC, consultation qui comporte habituellement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association. En 2011-2012, 11 services désuets ont été retirés du barème des honoraires. Il s'agit de services dans la section Chirurgie générale pour des procédures qui sont maintenant désuètes.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires au régime d'assurance-santé sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act* (MPA). La partie 2 du *Medical and Health Care Services Regulations*, établi en vertu de la MPA, précise les exigences concernant la résidence. Il faut être un habitant de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

Au sens de l'article 1 de la MPA, un habitant est une personne qui :

- est citoyen canadien ou résident permanent (personne légalement admise au Canada);
- a établi sa résidence en Colombie-Britannique;
- est effectivement présente en Colombie-Britannique au moins six mois par année civile;
- est réputée être un habitant au sens du Règlement.

D'autres personnes, comme certains détenteurs de permis délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale), sont réputées être des habitants (voir la section 3.2 du présent rapport), mais non les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Les nouveaux habitants ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de l'arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1er octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée.

Tous les habitants ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-santé. Les habitants qui sont membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)[1], ou qui purgent une peine dans un pénitencier défini dans la *Loi sur les pénitenciers* sont couverts par un programme fédéral d'assurance-santé. Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique couvre, immédiatement après leur cessation d'emploi, leur libération ou leur retour d'une période d'affectation à l'étranger, les membres des Forces canadiennes ou de la GRC ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux.

Le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé en date du 31 mars 2012 était de 4 565 864.

3.2 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un permis ministériel, d'un permis de séjour temporaire, d'un permis d'études ou d'un permis de travail peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des habitants au sens de la *Medicare Protection Act* et de l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

3.3 Primes

Les documents législatifs autorisant le prélèvement de primes sont les suivants :

- *Medicare Protection Act* (Colombie-Britannique), partie 2 – Bénéficiaires, article 8;
- Medical and Health Care Services Regulation (Colombie-Britannique), partie 3 – Primes.

L'inscription au régime d'assurance-santé est obligatoire et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. Cependant, le non-paiement des primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux critères d'admissibilité de base. Depuis le 1er janvier 2012, les primes mensuelles sont de 64 $ pour une personne, de 116 $ pour une famille de deux personnes et de 128 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à de l'aide pour le paiement de la prime. Cette aide comporte cinq niveaux, allant de 20 % à 100 % de la prime fixée. Elle est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des résidents du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les nouveaux habitants ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de l'arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1er octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée. Les nouveaux habitants en provenance d'ailleurs au Canada sont avisés de rester couverts par leur ancien régime dans l'intervalle.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 3, 4 et 5 du *Medical and Health Care Services Regulation* de la *Medicare Protection Act* prescrivent les règles de transférabilité des services assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique. En 2011-2012, aucune modification n'a été apportée aux dispositions concernant la transférabilité.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées ou occuper un emploi temporaire peuvent demeurer admissibles aux protections du régime pendant 24 mois au maximum. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les habitants qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être effectivement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui habitent à l'extérieur de la province plus longtemps que la période autorisée devront laisser passer une période d'attente à leur retour dans la province avant d'être de nouveau couvertes. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école agréée d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

Selon les ententes de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement à leurs régimes les services offerts aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique qui ont présenté une carte d'assurance-santé valide (CareCard). La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au tarif du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés

1. À des fins de clarté, Santé Canada précise que bien qu'elle n'ait pas eu lieu pendant l'exercice 2011-2012 visé par le rapport, « À l'entrée en vigueur du projet de loi C-38, rebaptisé la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, du gouvernement fédéral, le 29 juin 2012, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Au moment de la compilation du présent rapport, des consultations étaient en cours entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet des modifications à apporter aux lois sur la santé des provinces et des territoires pour que les membres de la GRC soient assurés dans le cadre des régimes des provinces et des territoires. »

est fait au tarif établi pour l'hébergement en salle commune approuvé par le comité consultatif du sous-ministre adjoint (Politiques). Dans le cas des services hospitaliers fournis aux patients externes, les tarifs payés sont ceux des ententes interprovinciales et interterritoriales de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par l'entremise des procédures de facturation réciproque.

Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les demandes de remboursement de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. En voyage au Québec ou à l'extérieur du Canada, le bénéficiaire doit habituellement payer les soins médicaux obtenus et demander plus tard un remboursement au régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les services assurés au tarif de la province d'accueil, conformément aux tarifs établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

4.3 Couverture durant les séjours temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions législatives habilitantes qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires à l'extérieur du Canada sont contenues dans les documents suivants : la *Hospital Insurance Act*, article 24; le *Hospital Insurance Act Regulations*, titre 6; la *Medicare Protection Act*, article 51; le *Medical and Health Care Services Regulation*, paragraphes 3, 4 et 5.

Les habitants qui quittent temporairement la Colombie-Britannique pour fréquenter une école ou une université peuvent être admissibles à une couverture du régime d'assurance-santé pour la durée de leurs études, à condition qu'ils suivent des cours à temps plein dans un établissement scolaire agréé et soient inscrits à un programme menant à un diplôme ou à un certificat reconnu au Canada. Généralement, les bénéficiaires qui ont étudié à l'extérieur de la Colombie-Britannique doivent revenir dans la province avant la fin du mois suivant le mois au cours duquel ils ont terminé leurs études. Tout étudiant qui ne revient pas en Colombie-Britannique dans ces délais et qui est resté à l'extérieur de la province pendant moins de 24 mois doit communiquer avec les responsables du régime d'assurance-santé.

Les habitants qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être effectivement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Cependant, en raison d'une demande croissante pour des travailleurs spécialisés et mobiles embauchés dans le cadre d'affectations et de contrats à court terme, des exceptions peuvent être faites pour permettre une couverture allant jusqu'à 24 mois d'absence consécutifs pendant qu'ils se trouvent temporairement à l'extérieur de la Colombie-Britannique. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. De plus, si l'emploi d'une personne exige qu'elle voyage régulièrement à l'extérieur de la Colombie-Britannique pendant plus de six mois au cours d'une année civile, elle peut présenter une demande d'approbation pour maintenir son admissibilité.

Les habitants de la Colombie-Britannique qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé sont réputés être des habitants de la province pendant 12 mois supplémentaires s'ils séjournent ailleurs au Canada ou à l'étranger. Cela vise aussi le conjoint et les enfants de la personne, à condition qu'ils soient avec la personne et qu'ils soient aussi des habitants ou réputés être des habitants de la province.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions non urgentes couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque interprovinciales. Une autorisation préalable de la Medical Services Commission (MSC) est requise si l'intervention non urgente n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services médicaux exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont les suivants : la chirurgie esthétique; la chirurgie de réassignation sexuelle; la chirurgie visant à rétablir la fécondité; les avortements thérapeutiques; les examens de santé périodiques, y compris l'examen des yeux; la fécondation *in vitro* et l'insémination artificielle; l'acupuncture, l'acupression, l'électrostimulation transcutanée, la moxibustion, le biofeedback et l'hypnothérapie; les services aux personnes couvertes par d'autres organismes (p. ex. GRC, Forces canadiennes, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens Combattants et Services correctionnels du Canada); les services demandés par un « tiers »; les conférences d'équipe; le dépistage génétique et autres investigations génétiques, y compris les sondes ADN; les actes encore au stade de l'expérimentation ou du développement; les services anesthésiques et les services d'aide chirurgicale pour tout ce qui précède.

Les services énumérés au paragraphe précédent peuvent être remboursés ou non par la province d'accueil. Le patient doit s'en informer auprès de la province d'accueil après avoir payé directement le médecin de la Colombie-Britannique. Une recommandation de la Health Authorities Division du ministère de la Santé pourrait être exigée pour certains traitements (p. ex. des services de traitement dans des établissements résidentiels sans but lucratif).

Une autorisation préalable de la MSC est exigée pour tous les services non urgents fournis à l'étranger.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les bénéficiaires de la Colombie-Britannique, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux assurés nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, les articles 17 et 18 de la *Medicare Protection Act* interdisent la surfacturation par les médecins inscrits.

Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

L'accès aux services assurés continue à être amélioré :

- En 2011-2012, environ 3 000 omnipraticiens et spécialistes ont tiré leur revenu, en tout ou en partie, du programme relatif aux autres modes de rémunération de la Colombie-Britannique. Ce programme finance les autorités régionales de santé pour qu'elles embauchent des médecins ou concluent des contrats avec des médecins pour la prestation de services cliniques assurés.
- Le Full-Service Family Practice Incentive Program a été élargi, et le ministère de la Santé (le Ministère) et les médecins continuent à collaborer pour concevoir des initiatives visant à soutenir et à maintenir la pratique de la médecine familiale complète.
- Le Ministère verse des fonds aux autorités de santé par l'entremise du programme Medical On-Call Availability afin de leur permettre de passer des contrats avec des groupes de médecins en vue de fournir des services sur appel pour que les hôpitaux soient en mesure de donner des soins de santé d'urgence à des patients non assignés de manière fiable, efficace et efficiente.
- Dans le cadre de l'entente auxiliaire concernant la pratique en milieu rural de 2002, le Ministère a continué la mise en œuvre de plusieurs programmes, qui ont été reconduits dans le cadre de l'entente-cadre avec les médecins. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites zones urbaines et les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique. Ces programmes sont les suivants :
  - le Rural Retention Program – prévoit des honoraires plus élevés pour les médecins admissibles (environ 1 800) et auquel les médecins résidents, itinérants et suppléants peuvent aussi participer. Il prévoit aussi des honoraires fixes pour les médecins admissibles qui résident et pratiquent dans une collectivité rurale.
  - le Isolation Allowance Fund – procure un financement aux collectivités sans hôpital ayant moins de quatre médecins, qui ne reçoivent pas de paiements du Medical On-Call/Availability Program, de paiements de rappel ni de paiements du programme « Doctor of the Day ».
  - le Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program – accorde un financement de soutien aux médecins admissibles qui se rendent dans les collectivités rurales et isolées pour offrir des services médicaux.
  - le Rural General Practitioner Locum Program – aide les omnipraticiens en région rurale à prendre des périodes de congé raisonnables en leur offrant jusqu'à 43 jours par année de remplacement payé. Ce programme a permis à des médecins de quelque 56 petites collectivités de recevoir de la formation médicale continue et de prendre des vacances.
  - le Rural Specialist Locum Program – aide les médecins spécialistes en région rurale à prendre congé et à participer à de la formation médicale continue en leur trouvant un remplaçant payé. Ce programme a aidé les médecins des spécialités de base dans 10 collectivités rurales en leur permettant de prendre des vacances pendant que des efforts de recrutement étaient déployés.
  - le Rural Emergency Enhancement Fund – appuie financièrement les collectivités rurales admissibles en vue d'avoir des groupes de médecins qui s'engagent à travailler en équipe afin de maintenir l'accès du public à des services de salle d'urgence dans les hôpitaux des régions rurales.
  - le Rural Education Action Plan – appuie les besoins en formation des médecins en milieu rural en offrant notamment des stages cliniques en milieu rural aux étudiants et du perfectionnement pour les médecins praticiens.
  - le Rural Continuing Medical Education – offre aux médecins en milieu rural admissibles des fonds afin de les aider à acquérir et à maintenir des compétences et une expertise en médecine pour pratiquer dans des collectivités rurales. Le montant dépend de la désignation de la collectivité et depuis quand le médecin exerce dans la collectivité.
  - le Recruitment Incentive Fund – incite les médecins à accepter les postes dans les collectivités rurales admissibles qui font partie du plan des effectifs médicaux.
  - le Rural Loan Forgiveness Program – offre aux médecins, aux infirmières praticiennes, aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens une réduction de 20 % de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

Infrastructure et planification des immobilisations

La Colombie-Britannique continue à faire des investissements stratégiques dans l'infrastructure des immobilisations du secteur de la santé. Le Ministère investit annuellement pour renouveler et prolonger la durée de vie des établissements de santé existants, de l'équipement diagnostique et médical et des technologies de gestion de l'information dans de nombreux établissements de santé de la Colombie-Britannique. Le Ministère a élaboré un plan d'immobilisations décennal pour veiller à ce que l'infrastructure en santé soit maintenue et renouvelée dans les délais prévus pour le cycle de vie des biens.

Le Ministère s'est engagé à entreprendre un grand nombre de projets d'immobilisations importants dans des hôpitaux de Surrey, de Victoria, d'Abbotsford, de Vancouver, de Prince George, de Vernon, de Kelowna, de Courtenay/Comox, de Campbell River et de Fort St. John, élaborés dans le cadre de partenariats public-privé. Des projets d'immobilisations importants sont supervisés par des comités de projets formés de cadres supérieurs provenant des autorités de santé et du gouvernement pour s'assurer que les projets sont définis de façon appropriée et respectent les délais d'exécution, la portée et les coûts approuvés.

5.2 Rémunération des médecins

L'entente-cadre avec les médecins est une entente officielle signée par le gouvernement de la Colombie-Britannique, l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) et la Medical Services Commission (MSC). Le 31 mars 2012 (la date limite de l'exercice pour remettre le rapport 2011-2012 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*), la province et la BCMA négociaient la ratification du renouvellement de l'entente-cadre[2].

De façon générale, l'entente-cadre avec les médecins fournit un cadre pour gérer les relations continues entre le gouvernement, les autorités de santé, les médecins et la BCMA. Ses ententes auxiliaires fournissent des détails supplémentaires sur les sujets suivants :

- les avantages pour les médecins (la Benefits Subsidiary Agreement) – présente les programmes qui offrent des avantages négociés dans le contrat;
- la pratique en milieu rural (la Rural Practice Subsidiary Agreement) – fournit des incitatifs financiers aux médecins pour qu'ils s'établissent et exercent dans les collectivités rurales et éloignées;
- les autres modes de rémunération (l'Alternative Payments Subsidiary Agreement) – présente les modalités particulières aux autres ententes de rémunération;
- les programmes propres aux médecins généralistes (la General Practitioner Subsidiary Agreement) et aux spécialistes (la Specialist Subsidiary Agreement) – institue le comité sur les services des généralistes, le comité sur les services des spécialistes et le comité des soins partagés.

L'entente-cadre avec les médecins donne à la BCMA le droit exclusif de représenter les intérêts de tous les médecins qui reçoivent une rémunération pour les services qu'ils fournissent aux personnes assurées dans le cadre du régime d'assurance-santé. Cette entente-cadre établit des mécanismes qui favorisent une collaboration et une reddition de comptes accrues entre la province et la BCMA par l'entremise de divers comités conjoints. Elle fournit aussi un processus formel de gestion des conflits au plan local et au plan provincial et son libellé réduit l'abandon de services médicaux. Le rôle des autorités de santé dans la planification et la prestation de services de soins de santé est renforcé dans l'entente-cadre avec les médecins.

L'entente-cadre avec les médecins fixe la rémunération et la structure des prestations pour les médecins qui fournissent des services médicaux dans le système public, qu'ils soient rémunérés à l'acte ou selon un autre mode de rémunération (contrat de service, salaire et paiement à la séance). Dans le cadre de cette entente-cadre, la province finance aussi certaines initiatives ciblées, comme les programmes incitatifs pour les médecins en région rurale, l'accès à des spécialistes; l'appui à la médecine familiale complète; et les modèles de soins partagés auxquels participent les omnipraticiens, les spécialistes et d'autres professionnels de soins de santé.

Les praticiens sont autorisés en vertu de la *Health Professions Act* et leur barème d'honoraires est établi aux termes de l'article 26 de la *Medicare Protection Act*. L'entente-cadre prévoit des processus concernant la surveillance et la gestion du financement établi par la MSC qui peut être alloué en vertu de l'article 25 de la *Medicare Protection Act* pour les services médicaux assurés fournis par les médecins selon la rémunération à l'acte. Les mécanismes pour apporter des révisions au barème d'honoraires et pour verser les honoraires aux médecins sont détaillés dans l'entente-cadre avec les médecins.

Les dentistes sont autorisés en vertu de la *Health Professions Act*. En 2010, la province et l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (BCDA) ont négocié un protocole

2. Bien que cela n'ait pas eu lieu pendant l'exercice 2011-2012 visé par le rapport, la Colombie-Britannique souligne qu'en juillet 2012, les médecins de la C.-B. ont ratifié une nouvelle entente de quatre ans qui appuiera les efforts en cours visant à recruter et à maintenir en poste des médecins, tout en améliorant l'accès à des spécialistes et à des soins dans les collectivités rurales et éloignées. Pour en savoir davantage, consulter le communiqué de presse du gouvernement de la Colombie-Britannique : http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2009-2013/2012HLTH0077-001081.htm

d'entente qui demeurera en vigueur jusqu'en mars 2012 et qui couvre les services suivants : chirurgie dentaire, chirurgie buccale, traitements orthodontiques, médicaments par voie orale et procédés dentaires techniques. La province et la BCDA ont accepté de se rencontrer dans le cadre d'un comité mixte sur les politiques en matière de chirurgie dentaire pendant la durée de l'entente.

Méthodes de rémunération des médecins et des dentistes

Les services médicaux fournis dans la province sont payés aux médecins sur une base individuelle, en fonction de leurs relevés d'honoraires, dans le cadre du régime d'assurance-santé, et aux autorités de santé, pour le paiement des médecins dans le cadre du programme relatif aux autres modes de rémunération. En 2011-2012, plus de 73 % des dépenses médicales ont été affectées à la rémunération à l'acte, et 11 % à la rémunération selon d'autres modes. Ces derniers paiements se répartissaient comme suit : 78 % sous forme de contrats, 20 % à la vacation (unités de service de 3,5 heures) et 2 % sous forme de salaire. Le gouvernement finance les autorités de santé pour ces paiements; il ne rémunère pas directement les médecins. En ce qui concerne les services de dentisterie, le régime d'assurance-santé couvre uniquement les services dentaires et les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis dans les hôpitaux; les autres services sont aux frais du prestataire.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers sont compris dans l'allocation annuelle de fonds et dans les paiements versés aux autorités régionales de santé. Cette allocation de fonds doit être utilisée pour financer toute la gamme des services de santé dont a besoin la population de la région (ou des services provinciaux particuliers pour la population de la Colombie-Britannique), y compris la prestation de services hospitaliers. La *Hospital Insurance Act* et son Règlement régissent les paiements effectués par le régime d'assurance-santé aux autorités de santé. Cette loi établit le pouvoir du ministre de verser des paiements aux hôpitaux et indique en termes généraux quels services sont assurés lorsqu'ils sont fournis dans un hôpital.

La portion de l'allocation de fonds destinée aux hôpitaux n'est pas spécifiée; toutefois, les fonds affectés à des projets prioritaires particuliers font exception à cette règle (p. ex., réduction des temps d'attente pour la chirurgie de la hanche ou du genou, financement axé sur les patients). Des fonds sont expressément destinés à ces types d'initiatives et sont versés aux autorités de santé plutôt qu'aux hôpitaux, et les rapports à cet égard doivent être produits séparément.

Le ministère des Services de santé a adopté en avril 2010-2011 un financement axé sur les patients en vertu duquel une portion importante du financement admissible pour les soins de courte durée dépend de la charge de travail effective exécutée. En 2011-2012, le Ministère a poursuivi le financement axé sur les patients, et les autorités de santé ont participé aux initiatives mises en œuvre par ce financement, notamment la rémunération au rendement des services d'urgence, les programmes de soins suivant un protocole (p. ex. imagerie par résonance magnétique); les programmes communautaires, le financement axé sur les activités et le programme National Surgical Quality Improvement.

Les allocations annuelles de fonds aux autorités de santé sont définies dans le cadre du processus du budget annuel du Ministère après avoir consulté le ministère des Finances et le Conseil du Trésor. Le montant final du financement est communiqué aux autorités de santé par une lettre de financement annuelle.

Les services hospitaliers assurés sont financés à même l'allocation annuelle de fonds des autorités de santé, mais peuvent aussi faire l'objet d'un financement ciblé particulier de temps à autre. Un financement par reconduction est accordé aux autorités de santé à l'aide de la formule de financement fondée sur les besoins de la population du Ministère et d'autres méthodes d'allocation de fonds (p. ex. afin de tenir compte des allocations de fonds ciblées qui sont destinées à des autorités de santé précises). L'allocation annuelle de fonds aux autorités de santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du Ministère, comme la rémunération des médecins et le paiement des médicaments d'ordonnance couverts par l'assurance-médicaments.

Les mécanismes de reddition de comptes pour le financement gouvernemental des hôpitaux font partie de plusieurs documents importants dans lesquels sont énoncées les attentes à l'égard des autorités de santé. Ces documents sont la lettre de financement annuelle, les plans de service annuels et les lettres sur les attentes du gouvernement. Ensemble, ils communiquent les attentes générales du Ministère à l'endroit des autorités de santé et expliquent comment le rendement par rapport à ces attentes sera contrôlé. En 2011-2012, une gamme complète de soins de santé (soins actifs, soins en établissement, soins en milieu communautaire, santé publique, prévention, santé mentale chez les adultes, programmes de toxicomanie, etc.) ont été offerts par l'entremise de cinq autorités régionales de santé et de la Provincial Health Services Authority (responsable de programmes dans l'ensemble de la province).

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement reçu du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique sur divers sites Web et dans divers documents du gouvernement provincial. Pour l'exercice 2011-2012, ces documents sont les suivants :

- le budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2012, disponible à : http://www.bcbudget.gov.bc.ca/2012/estimates/2012_Estimates.pdf.
- le budget et plan financier de 2011-2012, qui comprend le troisième rapport semestriel de 2011-2012, disponible à : http://www.bcbudget.gov.bc.ca/2011/bfp/2011_Budget_Fiscal_Plan.pdf.
- les comptes publics de 2011-2012 : http://www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/11_12/Pa11_12.htm.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	4 335 676	4 402 540	4 469 177	4 521 503	4 565 864

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#) [3]	120 [3]	119 [3]	119 [3]	119 [3]	120 [3]
3. Paiements pour des services de santé assurés ($) [4]	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	7 160	7 102	6 846	5 909	6 551
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	55 309 733	64 550 692	64 655 739	67 078 612	69 785 313
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	95 677	95 326	87 948	78 075	86 544
9. Total des paiements – malades externes ($)	19 088 368	24 262 195	24 188 890	21 830 298	25 327 347
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	1 603	1 963	3 056	2 469	2 961
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	14 486 341	11 811 654	6 058 867	4 452 628	4 152 060
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	1 215	1 630	1 920	1 940	2 468
13. Total des paiements – malades externes ($)	553 661	967 704	1 174 112	999 733	1 301 179

Renseignements généraux concernant les indicateurs statistiques 1 et 2 : Les données historiques et actuelles peuvent différer d'un rapport à l'autre parce que les sources de données, les définitions et les méthodes peuvent avoir changé d'année en année. Le nombre d'établissements présenté dans le tableau ne concorde pas nécessairement avec les nombres provenant de la Base de donnée sur les congés des patients, du SIG ou de la *Societies Act*, chaque système de rapport ayant sa propre méthode pour compter les établissement ayant des installations à plus d'un endroit et pour les classer par fonction.

3. Conformément aux lignes directrices, le nombre d'établissements publics présentés dans ce tableau exclut les hôpitaux psychiatriques et les établissement de soins prolongés.

4. Les paiements versés aux régies de la santé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique pour la prestation de l'évantail complet de services fournis à l'échelle régionale ont été les suivants : 7,1 milliards de dollars en 2006-2007, 7,6 milliards de dollars en 2007-2008, 8,2 milliards de dollars en 2008-2009, 8,6 milliards de dollars en 2009-2010, 9,2 milliards de dollars en 2010-2011 et 9,7 milliards de dollars en 2011-2012.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	8 772 [5]	8 986 [5]	9 201 [5]	9 417 [5]	9 628 [5]
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	5	5	5	5	5
16. Nombre de médecins non participants (#)	2	2	2	non disponible [6]	non disponible [6]
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	2 234 652 895 [7]	2 334 513 866 [7]	2 460 935 638 [7]	2 541 874 909 [7]	2 619 943 719 [7]

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	725 130	736 007	622 390	626 034	651 682
20. Total des paiements ($)	26 465 248	28 703 587	29 591 918	30 779 981	32 421 561
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	84 204	82 654	75 909	82 076	66 506
22. Total des paiements ($)	4 379 977	4 528 521	4 014 813	4 119 511	3 592 313

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	245	249	243	236	218
24. Nombre de services fournis (#)	43 262	46 736	50 341	51 036	52 047
25. Total des paiements ($)	6 305 343	7 289 302	8 093 266	7 991 262	8 130 009

5. Le nombre de médecins participants présentés au point 14 concernent les médecins ayant reçu des paiments par la facturation à l'acte.
6. En raison du reclassement de l'information et des données correspondantes, la Colombie-Britannique n'effectue pas le suivi des médecins ne participant pas au régime. Aucune donnée n'est disponible pour le point 16.
7. Les paiements versés pour la facturation à l'acte dans le cadre du régime d'assurance-santé présentés au point 18 ont été révisés pour tenir compte des services médicaux fournis par les sages-femmes ou les infirmières praticiennes.

YUKON

INTRODUCTION

Les régimes d'assurance-santé administrés du gouvernement du Yukon comprennent le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le RASY est administré par un directeur nommé par le membre du conseil exécutif (ministre de la Santé et des Affaires sociales), et le RAHY, par un administrateur, nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des Services de santé assurés et de santé auditive ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon.

L'objectif du système de soins de santé du Yukon est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont l'administration est centralisée à ce ministère.

Les autres services assurés offerts aux résidents admissibles du Yukon sont le Programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour enfants, le programme de prestations versées aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaires et le Programme de déplacements pour soins médicaux. Les programmes de services de santé non assurés sont les services de soins de santé communautaires, de soins infirmiers communautaires, de soins continus et de santé mentale.

En février 2009, le gouvernement du Yukon a lancé le programme quadriennal de formation des infirmières auxiliaires autorisées au Collège du Yukon en vue d'encourager les nordistes intéressés à faire carrière dans une profession médicale à demeurer au Yukon. La formation sur place des infirmières auxiliaires autorisées aide à répondre à la demande de professionnels de la santé, en particulier quant aux soins continus et à domicile.

En 2010, le gouvernement du Yukon a présenté une requête visant à élaborer une stratégie du mieux-être en vue de promouvoir des modes de vie sains pour tous les Yukonnais. Cette stratégie sera axée sur les jeunes et les enfants, le vieillissement en santé et l'inclusion sociale, dans le but d'améliorer les résultats de santé généraux et de réduire les disparités sur le plan de la santé.

La Régie des hôpitaux du Yukon investit environ 70 millions de dollars dans trois grands projets d'infrastructure : maintenant terminée, la Crocus Ridge Place est une résidence pour les professionnels de la santé invités et le complexe de bureaux pour le personnel à Whitehorse ainsi que la construction de deux nouveaux hôpitaux régionaux à Dawson (ouverture prévue au printemps 2013) et à Watson Lake (ouverture prévue au printemps 2013).

Le gouvernement du Yukon a également recours à la technologie moderne pour améliorer les services de santé offerts aux Yukonnais. Il a investi dans la téléradiologie en vue d'introduire la radiologie informatisée dans 13 centres de santé communautaire dans l'ensemble du territoire et il a élargi les capacités de l'équipement de vidéoconférence du Réseau de télésanté au sein des bureaux de santé des Premières nations.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a également introduit le programme Weight Wise dans le territoire à l'automne de 2010. Une infirmière et un médecin locaux ont suivi une formation en vue d'offrir le programme par l'entremise des Services de santé de l'Alberta, qui offre aussi le programme de rééducation à ses clients obèses. En 2012, un psychologue a été ajouté pour donner du soutien aux clients participant au programme Weight Wise. Le programme est conçu pour aider les clients à atteindre un poids santé afin de réduire les complications médicales et réduire les coûts potentiels pour le système de santé. Depuis son lancement, le Yukon a augmenté le nombre d'admissions à 15 clients aux six mois. À ce jour, 95 clients ont participé au programme et 101 autres clients sont sur une liste d'attente.

Enfin, le Yukon a créé une clinique pour les soins demandés afin de soutenir un certain nombre de patients « orphelins » constituant des cas complexes, qui ne profitent pas des services d'un médecin de famille (besoins en soins généraux) et qui peuvent aussi avoir des besoins pour traiter une combinaison de toxicomanies, gérer la douleur et obtenir des soins en santé mentale. Historiquement, ce groupe de patients a compté sur le département d'urgence de l'hôpital général de Whitehorse pour satisfaire à ses besoins de soins, ce qui a augmenté la pression exercée sur le seul établissement de soins actifs de Whitehorse.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions concernant la gestion du Régime d'assurance-santé du Yukon par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2011-2012.

Le paragraphe 3(1) et l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions concernant la gestion du Régime d'assurance-hospitalisation par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2011-2012.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de son Règlement, le mandat et la fonction du directeur des Services de santé assurés et de santé auditive sont :

- d'élaborer et d'administrer le régime;
- de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- d'inscrire des personnes au régime;
- d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et d'en fixer les montants;
- de déterminer les montants payables pour les services de santé assurés obtenus à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des personnes chargées de donner des avis et d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des actions et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé dans les droits des assurés au titre de la Loi;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de déterminer l'information à fournir en vertu de la Loi et sous quelle forme;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, les rapports et les comptes et en tirer des renseignements;
- d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que lui confie le ministre de la Santé et des Affaires sociales en application de la Loi.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de son Règlement, le mandat et la fonction du directeur des Services de santé assurés et de santé auditive sont :

- d'élaborer et d'administrer le Régime d'assurance-hospitalisation;
- de déterminer l'admissibilité et le droit aux services assurés;
- de déterminer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés fournis à des bénéficiaires;
- de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, portant sur la prestation de services assurés à des bénéficiaires;
- d'agréer des hôpitaux pour l'application de la Loi;
- d'effectuer des enquêtes, de mener des études et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, les rapports et les comptes des hôpitaux et en tirer des renseignements;
- de prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre de la Loi;
- d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que l'administrateur peut lui attribuer en vertu du Règlement.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'entremise du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre de la Santé et des Affaires sociales un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et dépenses est déposé à l'Assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions. Le dernier rapport annuel présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par le directeur des services de santé assurés et de santé auditive était pour l'exercice 2010-2011. Le rapport annuel 2012-2013 sera fourni à l'automne 2013.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont assujettis à la vérification par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point traité dans le cadre de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

Concernant la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 13(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette un rapport de ses activités pour cet exercice. Ce rapport doit notamment comporter les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur. Il doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir de fournir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. La Yukon Hospital Insurance Services Ordinance, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année. Aucune modification n'a été apportée à ces dispositions en 2011-2012.

En 2011-2012, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont fourni des services hospitaliers assurés à des patients hospitalisés et à des patients externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital et 13 centres de santé. Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes rationnelles d'exploitation et les normes appropriées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité.

Présentement, la Régie des hôpitaux du Yukon a obtenu un agrément de trois ans d'Agrément Canada. L'hôpital général de Whitehorse a vu sa demande d'agrément acceptée jusqu'en 2014. De plus, la Régie des hôpitaux du Yukon a assumé la responsabilité de l'Hôpital de Watson Lake, qui a aussi complété l'agrément de base pour 2012.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé. Ces établissements, dont l'hôpital pavillon de Watson Lake, fonctionnent en respectant les champs d'activités du personnel infirmier – en santé communautaire, dans les postes de soins infirmiers et dans les centres de soins de santé – adoptés par la Direction générale des services médicaux, ainsi que le champ d'activités du personnel infirmier en santé communautaire. Le champ d'activités du personnel infirmier de chevet a été défini et mis en œuvre en février 2002.

Aux termes des alinéas 2*e*) et 2*f*) du Règlement sur l'assurance-hospitalisation, les services fournis dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa 2*e*) comprend tous les services suivants fournis aux patients hospitalisés : l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal; les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats dans le but de maintenir la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles, et les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux patients externes » à l'alinéa 2*f*) du même Règlement inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir : les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire; l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles, et l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles.

Conformément au Règlement sur l'assurance-hospitalisation, tous les services offerts dans un hôpital agréé aux patients hospitalisés et aux patients externes par les employés de l'établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie courants sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvées par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus est géré par le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

Semblable à l'exercice de 2010-2012, le gouvernement du Yukon continue d'accorder des fonds supplémentaires pour aider les patients qui ont recours à des options ayant besoin d'une intervention chirurgicale orthopédique (genou et hanche) ou ophtalmologique.

De plus, le Yukon demeure déterminer à administrer le programme Weight Wise à Whitehorse. Auparavant, les clients étaient envoyés en Alberta pour y participer. Avec l'aide des Services de santé de l'Alberta, une infirmière autorisée et un médecin locaux ont suivi une formation leur permettant de donner le programme dans le territoire. Il a été offert aux clients pour la première fois à l'été 2010.

Grâce à ces mesures, le Yukon aura moins besoin de compter sur les services hors territoire.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* et les articles 2, 3, 7,10 et 13 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2011-2012.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur les professions de la santé*;
- conserver sa licence, conformément à la *Loi sur les professions de la santé*.

Le nombre de médecins résidents qui participaient au Régime d'assurance-santé du Yukon en 2011-2012 était de 74.

L'article 7 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre le paiement des services médicaux. Aux termes du paragraphe 4, les médecins peuvent prendre des dispositions pour facturer les services assurés aux patients sur une base autre que les frais pour services rendus. Ils doivent à cette fin remettre un avis écrit au directeur des Services de santé assurés et de santé auditive. En 2011-2012, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin.

Un comité administre le processus d'ajout au barème des honoraires du Yukon (Payment Schedule for Yukon). Selon ce processus, les médecins doivent présenter une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Le comité examine la demande, puis une décision est prise quant à l'ajout ou non du service. En général, les coûts ou les honoraires connexes sont habituellement établis d'après ceux des autres provinces ou territoires. Lorsque les honoraires à l'acte sont fixés, tous les médecins du Yukon en sont informés des honoraires applicables au service. Une consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus, qui ne prévoit aucune consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le Régime d'assurance-santé du Yukon doivent être titulaires d'une licence délivrée en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*. Ils reçoivent un numéro de facturation au Régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du Règlement. Les interventions doivent être pratiquées en milieu hospitalier.

Un décret modifiant l'annexe B du Règlement sur le Régime d'assurance-santé concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont prises en fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital et d'utiliser l'anesthésie générale. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

Aucun service de chirurgie dentaire assuré n'a été ajouté en 2011-2012.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son Règlement ainsi qu'à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à son Règlement sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hospitalisation des non-résidents; les services infirmiers spéciaux ou privés retenus par le patient ou la famille du patient; le

supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables; les coûts d'une maison de soins infirmiers; les téléviseurs; les téléphones; les médicaments et les produits biologiques nécessaires après un congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

L'article 3 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon renferme une liste partielle des services non assurés. Les services médicaux non assurés comprennent : les conseils donnés au téléphone; les services de médecine légale; les témoignages en cour; la préparation des dossiers et des rapports; les certificats et les communications; les services ou examens réclamés par un tiers; les services, examens ou rapports pour étudier dans une université ou aller dans un camp; l'examen ou l'immunisation pour un voyage, un emploi ou l'émigration; les cosmétiques; les services qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; donner ou écrire des ordonnances; la fourniture de médicaments; les soins dentaires, à l'exception des interventions mentionnées à l'annexe B, et les interventions expérimentales.

Les services dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs ainsi que les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital et ne nécessitant pas une anesthésie générale.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne retarde ou ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le Yukon n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des Services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Les médecins du Yukon peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent, entre autres, la consignation de renseignements dans les formulaires de demande d'emploi et la préparation de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens réclamés par des tiers, certains services non urgents ainsi que les prescriptions, les consultations et les conseils donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le Régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

- Services médicaux – Le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au barème des honoraires du Yukon, dont celles qui découlent de la décision de désassurer certains services. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est fondée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du barème des honoraires du Yukon en 2011-2012.
- Services hospitaliers – Les alinéas 2*e*) et 2*f*) du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2012, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au Règlement n'avait été désassuré. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- Services de chirurgie dentaire – L'annexe B du Règlement sur le Régime d'assurance-santé doit être modifiée par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée sous anesthésie générale dans un hôpital. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service de chirurgie dentaire n'a été désassuré en 2011-2012.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les dispositions concernant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son Règlement, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à l'article 4 de son Règlement. Aucun changement n'a été apporté à ces articles en 2011-2012. Sous réserve des dispositions de ces lois et règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. La définition de « résident », soit « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite », correspond à celle d'« habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements [traduction] « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toute personne qui retourne au Yukon ou y établit sa résidence est assujettie à la période d'attente, à l'exception des enfants adoptés par des assurés et des nouveaux-nés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

- les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex., les étudiants et les travailleurs couverts en vertu des dispositions concernant les absences temporaires);
- les personnes en visite au Yukon;
- les demandeurs du statut de réfugié;
- les réfugiés au sens de la Convention;
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les détenteurs de permis d'étude, sauf s'il s'agit d'un enfant qui est à la charge d'une personne possédant un permis de travail d'un an;
- les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- elles fournissent une preuve de résidence au Yukon;
- elles obtiennent le statut de résident permanent;
- pour les détenus du Whitehorse Correctional Centre, le lendemain du jour où ils obtiennent leur congé ou leur libération s'ils sont en poste au Yukon ou y résident.

En date du 31 mars 2012, 36 694 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.2 Autres catégories de personnes

Le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

- Canadiens de retour au pays – une période d'attente s'applique;
- résidents permanents – une période d'attente s'applique;
- détenteurs de permis ministériel – une période d'attente s'applique lorsque l'autorisation est donnée;
- travailleurs étrangers – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;
- membres du clergé – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.

Les autorisations d'emploi doivent être valables pour une période de plus de 12 mois.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Selon les paragraphes 4(1) du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon et du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toutes les personnes admissibles sont assujetties à la période d'attente minimum, à l'exception des enfants adoptés par des assurés (voir la section 3.1) et des nouveaux-nés.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 5, 6, 7 et 10 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada.

Ces deux règlements stipulent que l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir, a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le Yukon pour plus de trois mois doivent communiquer avec la Direction des services de santé assurés et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent, à temps plein, un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du Yukon demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Concernant les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont strictement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1er février 2001. Les définitions dans les règlements, les politiques et les procédures sont uniformisées. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions législatives ci-dessus en 2011-2012.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des résidents admissibles du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux résidents admissibles. Le paiement est versé à la province ou au territoire qui a fourni le service, aux tarifs établis par cette province ou ce territoire.

Les services assurés fournis aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux tarifs fixés par la province d'accueil.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'étranger.

Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2011-2012. En vertu des articles 5 et 6, l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue.

Les personnes qui quittent le Yukon pour une période de plus de trois mois doivent communiquer avec le Régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2 du présent rapport).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux tarifs prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le Régime d'assurance-santé verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon sont payés aux tarifs établis pour l'Hôpital général de Whitehorse dans le Règlement sur le tarif normalisé pour un traitement en clinique.

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au tarif établi par le Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune disposition législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou facultatifs à l'extérieur du Yukon ou du Canada.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient pas de frais modérateurs ni de coassurance. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès. Aucun service assuré au titre du Régime d'assurance-santé du Yukon ne fait l'objet d'une surfacturation.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni dans le cadre du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme sur les déplacements pour soins médicaux. Ces programmes permettent de s'assurer que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Pour améliorer l'accès aux services de santé assurés, le Ministère a augmenté le nombre de spécialistes itinérants en vue de mieux servir les patients du territoire. Le Ministère a aussi donné aux femmes du Yukon un meilleur accès aux services obstétriques grâce à la nouvelle clinique pour femmes.

5.2 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat de négocier du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). Les deux parties nomment des représentants pour former l'équipe de négociation. Des réunions ont lieu jusqu'à ce que les parties arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'Association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Le protocole d'entente a pris fin le 31 mars 2012. Les négociations ont mené à une nouvelle entente de cinq ans sur la rémunération des médecins, ratifiée le 18 octobre 2012.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2011-2012 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents sont remboursés selon le mode de la rémunération à l'acte. Les autres systèmes de remboursement comprennent les paiements contractuels et la rémunération à la vacation.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (Hôpital général de Whitehorse) dans le cadre d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien (F & E) et des immobilisations font l'objet de négociations et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus des crédits établis de F & E et d'immobilisations prévus dans l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord de contribution. L'hôpital pavillon de Watson Lake et tous les centres de santé sont financés au moyen du processus budgétaire du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon régissent les paiements versés par le Régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces textes établissent le cadre qui régit le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2011-2012 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement du Yukon a fait état des contributions fédérales au moyen du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications annuelles des Comptes publics et du Budget principal des dépenses de 2011-2012, accessibles au public. Les alinéas 3(1)*d*) et *e*) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

PERSONNES ASSURÉES	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	33 423	33 983	35 084	36 063	36 694

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics[1]	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	15	15	15	15	15
3. Paiements pour des services de santé assurés ($) [2]	44 573 638	49 051 490	51 734 000	57 655 576	58 943 422
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	976	1,013	956	1 047	996
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($) [3]	10 742 393	11 183 888	15 333 983	16 583 657	13 507 016
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	9 027	9 983	12 830	13 197	13 550
9. Total des paiements – malades externes ($)	2 155 225	2 888 247	3 248 555	3 413 932	3 974 870
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	15	13	19	25	20
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	32 075	12 003	67 671	45 893	100 716
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	74	40	92	74	77
13. Total des paiements – malades externes ($)	11 782	8 233	18 862	12 741	21 950

1. Comprend treize centres de santé (Beaver Creek, Destruction Bay, Carcross, Carmacks, Dawson, Faro, Haines Junction, Mayo, Old Crow, Pelly Crossing, Ross River, Teslin et Whitehorse) et deux hôpitaux (Whitehorse et Watson Lake).
2. Comprend les paiements aux hôpitaux et aux services de soins infirmiers communautaires.
3. Les hôpitaux ont un an, à partir de la date du service, pour facturer la province ou le territoire. (l'information est fondée sur la date du service; donc, la période 2011-2012 reste ouverte jusqu'au 31 mars 2013).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	67	67	69	69	74
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	16 342 282	19 139 117	20 781 850	21 549 640	22 387 839
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($) [4]	14 127 399	16 294 365	17 719 117	17 701 880	18 373 627

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	38 512	45 744	50 893	54 007	53 915
20. Total des paiements ($)	1 977 052	2 297 501	3 008 828	3 185 612	3 219 166
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE [5]					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	3	4	4	2	3
24. Nombre de services fournis (#)	4	23	4	4	14
25. Total des paiements ($)	4 433	25 602	6 271	4 631	13 913

4. Comprend les spécialistes itinérants, les remboursements aux membres, les médecins suppléants et les tests effectués par les optométristes rémunérés à l'acte. Exclut les services et les coûts assurés par d'autres ententes de paiement.
5. Comprend la facturation directe des services de chirurgie dentaire assurés obtenus à l'extérieur du territoire.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère), six administrations régionales des services de santé et des services sociaux, l'Agence de services communautaires Tlicho, et l'autorité de santé territoriale de Stanton planifient, gèrent, fournissent et évalue tout le répertoire des services sociaux et de santé en milieu communautaire et en établissement dans l'ensemble des Territoires du Nord-Ouest.

Au cours de l'exercice de 2011-2012, le Ministère a accompli ce qui suit :

- Les prestations d'assurance-maladie complémentaires sont maintenant offertes par la Croix-Bleue de l'Alberta. Au cours de l'exercice précédent, certaines prestations d'assurance-maladie complémentaires étaient offertes par la Croix-Bleue de l'Alberta, alors que d'autres étaient offertes directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Une nouvelle *Loi sur les renseignements personnels médicaux* est à l'étape de la rédaction. Cette nouvelle loi donnera accès à des renseignements à jour en santé et comportera des dispositions quant à la protection de la vie privée qui s'appliqueront aux fournisseurs de soins de santé, y compris les fournisseurs du secteur privé, comme les pharmacies. Il y aura des normes pour le consentement et l'avis préalable ainsi que des dispositions quant à l'accès pour la planification des systèmes et de la recherche, de même que pour la gestion des systèmes d'information.
- Une nouvelle loi sur les professions dans les services sociaux et de santé est en cours d'élaboration. La loi régira plusieurs professions dans les services sociaux et de santé en vertu d'un modèle législatif unique, ce qui permettra au Ministère de moderniser les lois existantes désuètes régissant les professions de façon plus efficace et uniforme. Les professions actuellement non réglementées dans les Territoires du Nord-Ouest pourraient également être réglementées aux termes de cette loi dans l'avenir.
- En 2011-2012, des travaux ont été réalisés pour modifier les tarifs pour les soins de longue durée prescrits dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* afin de prévoir des ajustements liés à l'inflation. Des travaux sont en cours pour trouver une solution afin d'établir un tarif pour les soins de longue durée qui pourrait être modifié en fonction de l'inflation sans avoir à modifier davantage le *Règlement*.

De plus amples renseignements sur les projets législatifs du Ministère sont disponibles dans le Rapport annuel sur la santé et les services sociaux, diffusé à l'automne 2012.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) comprend le régime d'assurance-maladie et le régime d'assurance-hospitalisation. Le directeur de l'assurance-maladie, nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après, le ministre) en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est l'autorité publique chargée d'administrer le régime d'assurance-maladie. Le ministre administre le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de chacun des conseils de gestion des ASSSS, conformément à l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*. Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. s'appuie sur les dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

1.2 Liens hiérarchiques

Relevant du ministre, le Ministère, les six administrations regionales des services de santé et des services sociaux (ASSSS), l'Agence de services communautaires Tlicho (ASCT) et l'autorité de santé territoriale de Stanton planifient, gèrent, fournissent et évaluent tout le répertoire des services sociaux et de santé en milieu communautaire et en établissement dans l'ensemble des T.N.-O.

Le ministre nomme le directeur de l'assurance-maladie qui est chargé d'appliquer la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement. Le directeur doit lui présenter un rapport sur tout sujet concernant la situation opérationnelle du régime d'assurance-santé.

Le ministre, par l'entremise des conseils de gestion, administre le régime d'assurance-hospitalisation. Chaque ASSSS est administré par un conseil de gestion nommé par le ministre.

Les conseils gèrent, supervisent et dirigent les services sociaux et de santé selon les politiques, les ressources et les paramètres actuels. Les membres des conseils sont nommés pour trois ans, à l'exception du président qui est nommé pour une période indéterminée.

Il y a un conseil de l'ASCT dans chaque communauté Tlicho, représenté par une personne nommée qui peut siéger pour une période allant jusqu'à quatre ans. Le ministre des Affaires autochtones et des relations intergouvernementales nomme le président du conseil, en consultation avec les membres nommés par chacun des gouvernements des communautés. C'est le ministre des Affaires autochtones et des Relations intergouvernementales qui fixe la durée du mandat du président.

Le directeur de l'assurance-maladie et les conseils de gestion relèvent du ministre, conformément à l'alinéa 8(1)b) de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.3 Vérification des comptes

Dans le cadre de la vérification annuelle du gouvernement des T.N.-O., le Bureau du vérificateur général du Canada vérifie les paiements effectués au titre du régime d'assurance-hospitalisation et du régime d'assurance-santé.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) sont fournis en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

Pendant la période de rapport, les services hospitaliers assurés étaient fournis aux malades hospitalisés et externes par quatre hôpitaux et 23 centres de santé dans l'ensemble des T.N.-O. Conformément à l'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. offrent une liste complète de services en vue d'offrir les soins à ses résidents.

Les services suivants sont offerts aux malades hospitalisés :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques (ainsi que les interprétations nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin;
- les fournitures chirurgicales et l'usage des salles d'opération;
- les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie;
- les services de radiologie et de réadaptation (physiothérapie, thérapie par le son, ergothérapie et orthophonie);
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- les services fournis par un centre de désintoxication approuvé.

Les services suivants sont offerts aux malades externes :

- les analyses de laboratoire;
- l'imagerie diagnostique (y compris les interprétations quand cela est nécessaire);
- les services de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie;
- les interventions médicales et chirurgicales mineures et les fournitures connexes;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Les T.N.-O. offrent une aide au déplacement pour les résidents qui doivent subir des procédures médicales nécessaires qui ne sont pas offertes dans leur communauté ou ailleurs dans les T.N.-O. Le déplacement à des fins médicales (comme il est décrit dans la politique de déplacement à des fins médicales) offre le libre accès aux procédures et aux services de soins aux résidents des T.N.-O., conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le ministre peut modifier, ajouter ou supprimer les services hospitaliers assurés et il peut déterminer si une consultation publique doit avoir lieu.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* et le Règlement sur l'assurance-maladie des T.N.-O. fournissent des services médicaux assurés aux résidents. Les médecins, le personnel infirmier praticien et les sages-femmes fournissent les services assurés en vertu de la *Loi sur les médecins*, de la *Loi sur la profession infirmière* et de la *Loi sur la profession de sage-femme* respectivement. Tous sont légalement tenus d'être autorisés à exercer dans les T.N.-O. En date du 31 mars 2012, il y avait 285 médecins autorisés dans les T.N.-O.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance-maladie et se faire payer autrement à condition d'en aviser par écrit le directeur de l'assurance-maladie. Aucun médecin n'a fait ce choix dans les T.N.-O.

Le régime d'assurance-santé assure tous les services médicalement nécessaires, c'est-à-dire :

- les services diagnostiques et thérapeutiques;
- les services chirurgicaux et les fournitures connexes;

- les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste autorisé;
- les soins obstétriques;
- les visites chez un spécialiste à condition que la demande de consultation ait été approuvée par un médecin agréé.

Le directeur de l'assurance-maladie recommande les tarifs pour les services payés par le régime d'assurance-santé des T.N.-O., bien qu'il incombe au ministre de modifier, d'ajouter ou de supprimer les services médicaux assurés en :

- établissant un régime d'assurance-maladie qui offre des services assurés aux personnes assurées par des médecins praticiens qui en tous points seront admissibles et permettront aux T.N.-O. de recevoir des contributions pécuniaires du gouvernement du Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*;
- approuvant les honoraires et les frais détaillés dans le tarif qui peuvent être payés pour les services assurés fournis par des médecins praticiens à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N.-O., ainsi que les conditions de paiement des honoraires et des frais.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. ne couvre pas tous les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes. En voici des exemples :

- la fécondation *in vitro*;
- les examens effectués par des tiers;
- les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale;
- les services d'immunisation offerts à des groupes;
- les services médico-légaux;
- les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- les services fournis par un médecin aux membres de sa famille;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsque l'acte est accompli en cabinet de médecin;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- les plâtres;
- les services fournis par des personnes qui ne sont pas médecins praticiens, comme l'ostéopathie, la naturopathie ou la chiropractie; les services de physiothérapie, de psychiatrie et de psychologie fournis ailleurs que dans un lieu approuvé ne sont pas couverts.

Les résidents des T.N.-O. doivent obtenir une approbation préalable pour recevoir des articles ou des services qui généralement ne sont pas assurés par le régime d'assurance-santé. Un conseiller médical fait des recommandations au directeur des services assurés concernant la pertinence de la demande.

Plusieurs politiques de la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs s'appliquent à l'interprétation de la *Loi sur les accidents de travail*. Vous trouverez ces politiques sur le site Web de la Commission à l'adresse suivante : www.wscc.nt.ca (en anglais seulement).

Le processus pour apporter des modifications à la liste des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés sont décrits aux sections 2.1 et 2.2 du présent rapport.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) utilisent les directives d'inscription au régime d'assurance-santé, définies dans la *Loi sur l'assurance-maladie*, conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, pour déterminer l'admissibilité et respecter leurs obligations de l'article 10 de la *Loi sur le ministère de la Santé*.

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. exclut les membres des Forces canadiennes et ceux de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les habitants dont la période d'attente minimum n'est pas écoulée. Pour les personnes qui reviennent au Canada, la couverture prend effet le jour où la résidence permanente est établie.

À l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, du gouvernement fédéral, le 29 juin 2012, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Au moment de la compilation des données du présent rapport, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux tenaient des consultations au sujet des modifications à apporter aux lois sur la santé des provinces et des territoires pour que les membres de la GRC soient assurés dans le cadre des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.

Pour s'inscrire au régime, il faut remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (p. ex., visa, documents d'immigration, preuve de résidence si elle est demandée). Les résidents peuvent s'inscrire avant d'être admissibles. L'inscription est directement liée à l'admissibilité et seules les demandes de remboursement des clients inscrits sont acceptées.

En date du 31 mars 2012, il y avait 44 216 personnes inscrites au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Il n'existe aucune disposition officielle permettant à des clients de se retirer du régime d'assurance-santé.

3.2 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime s'ils satisfont aux dispositions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives concernant la couverture par le régime d'assurance-santé.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés qui déménagent dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) sont assujettis à des périodes d'attente, conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. La période d'attente se termine le premier jour du troisième mois de résidence pour les personnes qui s'installent en permanence dans les T.N.-O.; elle se termine le premier jour du treizième mois pour celles qui viennent y travailler pour 12 mois, mais dont la période d'emploi a été prolongée. Une confirmation du prolongement peut être exigée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* prévoit que les résidents des T.N.-O. peuvent être couverts pendant une absence temporaire s'ils restent au Canada, conformément au sous-alinéa 11(1)*b)*(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité comme il est décrit dans les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Lorsqu'un résident des T.N.-O. a rempli un formulaire d'absence temporaire pour diverses raisons (travail, voyage ou vacances) et que le Ministère a approuvé sa demande, il demeure assuré pendant une période allant jusqu'à un an.

Les étudiants qui s'absentent temporairement pour fréquenter un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein sont également assurés. Les frais des services assurés reçus dans une autre administration sont entièrement payés.

Sur présentation d'une carte d'assurance-maladie des T.N.-O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des soins hospitaliers pour des services médicalement nécessaires sont facturées directement au Ministère. Des directives générales sur le remboursement ont été établies pour les patients tenus de payer immédiatement des services médicalement nécessaires. Pendant la période du rapport, plus de 19 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des malades hospitalisés et des malades externes dans d'autres provinces et territoires.

Les T.N.-O. participent à l'Entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des services médicaux conclues avec les autres provinces et territoires (à l'exception du Québec).

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Aux termes du paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. fournissent les critères qui définissent les frais des services médicaux et hospitaliers payables pour les coûts assumés par les résidents des T.N.-O. pendant qu'ils sont temporairement à l'extérieur du pays.

Conformément au sous-alinéa 11(1)*b)*(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. remboursent les résidents qui ont recours à des services médicaux nécessaires pendant qu'ils sont temporairement à l'extérieur du pays. Ils doivent payer les services et demander un remboursement aux T.N.-O. à leur retour. Le montant du remboursement ne dépassera pas les montants payables lorsque le service est fourni dans les T.N.-O.

Le résident qui est temporairement à l'extérieur du pays peut être assuré pendant une période allant jusqu'à un an. Il doit toutefois obtenir une approbation préalable et fournir la documentation prouvant qu'à son retour les T.N.-O. seront son lieu de résidence permanente.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable pour la couverture de services facultatifs reçus dans d'autres provinces ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable à l'égard de services assurés qui seront fournis par un établissement privé.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le programme de déplacements aux fins médicales permet aux résidents des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) d'accéder librement aux services médicaux nécessaires, conformément à l'alinéa 12(1)*a)* de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce programme, par l'entremise d'un processus d'approbation, garantit aux résidents ruraux l'accès à des centres régionaux ou territoriaux pour les services qui ne sont pas offerts dans leur communauté et à tous les résidents des T.N.-O. l'accès aux services qui ne sont pas offerts dans les T.N.-O. au moyen d'ententes contractuelles avec les autorités des services de santé du Sud.

Les services de télésanté ont augmenté l'accessibilité aux services de santé assurés dans l'ensemble du territoire. Toutes les communautés des T.N.-O. ont maintenant accès aux services de télésanté. Le hameau Enterprise, la seule exception, partage les services avec la communauté avoisinante de Hay River. Tous les résidents des T.N.-O., y compris ceux qui vivent dans les communautés isolées, ont accès à tous les établissements gouvernementaux des T.N.-O. par l'entremise du programme de déplacements aux fins médicales et des services de télésanté, y compris l'accès aux spécialistes, aux professionnels de la réadaptation et aux autres médecins. En 2011-2012, le nombre d'aides de maintien à domicile a été augmenté de manière à permettre aux autorités d'accroître le nombre d'heures disponibles pour les clients et d'offrir des services le soir et la fin de semaine, et d'accroître le nombre d'employés aux heures de pointe. Cela était essentiel puisque le système de santé et des services sociaux des T.N.-O. devait réagir face au congé rapide des patients de l'Alberta, soit 48 heures.

L'article 14 de la *Loi canadienne sur la santé* interdit la surfacturation dans les T.N.-O., à moins que le médecin n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des assurés autrement que dans le cadre du régime d'assurance-maladie. C'est la seule exception. Cela ne s'est pas produit pendant la période visée par le rapport.

5.2 Rémunération des médecins

L'Association des médecins des T.N.-O. et le Ministère négocient la rémunération des médecins. Généralement, les médecins de famille sont rémunérés au moyen d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O.; les autres sont surtout rémunérés à l'acte aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les accords de contribution entre le Ministère et les conseils de gestion de chaque administration régionales des services de santé et des services sociaux (ASSSS), l'autorité de santé territoriale de Stanton et l'Agence de services communautaires Tlicho dictent les paiements versés aux hôpitaux. Les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service fourni par l'hôpital déterminent les sommes allouées.

Les paiements versés aux ASSSS qui fournissent des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Un budget global sert à financer les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement des T.N.-O. a fait état des fonds versés par le gouvernement fédéral au moyen du Transfert en matière de santé du Canada dans des communiqués et divers autres documents.

Pour la période visée par le présent rapport, ces documents sont les suivants :

- le discours du budget de 2011-2012;
- le Budget principal des dépenses de 2011-2012;
- les comptes publics de 2011-2012;
- le plan d'activités 2011-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- le plan d'activités 2011-2012 du ministère des Finances;
- le rapport annuel 2011-2012 de la Santé et des Services sociaux.
- le Budget principal des dépenses mentionné ci-dessus constitue le plan financier du gouvernement que ce dernier présente chaque année à l'Assemblée législative.

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures. Le Budget principal des dépenses de 2011-2012 est fondé sur les données relatives aux demandes en date du 21 septembre 2012.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	45 927	46 699	47 544	43 639	44 216

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	27	27	27	27	27
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	85 365 096	74 254 097	74 626 037	69 607 096	79 157 702
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	1 198	1 174	1 104	1 098	1 095
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	12 824 618	13 157 987	12 312 420	14 793 910	15 004 206
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	11 915	12 355	11 588	10 576	11 263
9. Total des paiements – malades externes ($)	2 742 122	3 574 665	3 473 391	3 517 806	3 959 643
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	8	11	8	7	12
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	41 786	24 078	33 175	54 896	38 898
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	43	39	44	53	38
13. Total des paiements – malades externes ($)	6 666	13 642	13 774	31 185	19 524

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	286 [1]	276 [1]	282 [1]	290 [1]	285 [1]
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	34 266 756	35 751 371	37 467 787	39 063 498	39 478 160
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($)	1 791 633	1 929 988	1 872 250	1 699 724	1 633 581

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	45 412	46 388	34 264	36 722	37 246
20. Total des paiements ($)	4 118 883	4 219 175	4 096 076	4 943 782	3 841 699
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	95	113	118	116	91
22. Total des paiements ($)	9 051	6 230	6 883	9 750	9 245

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
24. Nombre de services fournis (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Total des paiements ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures.

1. Estimation fondée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

NUNAVUT

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fait face à plusieurs défis particuliers pour assurer la santé et le mieux-être des Nunavummiut. La population de 31 960 habitants[1] se compose d'environ 84 % d'Inuits, et près de 61 % des habitants sont âgés de moins de 25 ans (19 485 personnes)[2]. Le territoire est constitué de 25 communautés situées dans trois fuseaux horaires et divisées en trois régions : Baffin (ou Qikiqtaaluk), Kivalliq et Kitikmeot.

L'état de santé des Nunavummiut est nettement inférieur à l'état de santé moyen au pays, et leur espérance de vie globale est de 10 ans[3] plus courte que la moyenne canadienne. Aucune route ni aucun chemin de fer ne relient les communautés du Nunavut, et l'avion constitue le seul moyen de transport pour se rendre dans le territoire, s'y déplacer et en revenir. Étant donné que le coût des billets d'avion, des infirmières d'agence, de la technologie médicale, des infrastructures et des dépenses connexes augmente sans cesse, le gouvernement du Nunavut doit toujours investir plus de ressources en santé publique. En investissant maintenant dans la promotion de la santé et les soins préventifs, le gouvernement pourra atténuer le coût élevé des soins de santé primaires qui seront fournis à l'avenir[4].

Le gouvernement du Nunavut s'efforce d'intégrer les valeurs sociales des Inuits à l'élaboration des programmes et des politiques ainsi qu'à la conception et à la prestation des services. La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins de santé primaires. Ces soins sont fournis par des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé communautaire et des pharmaciens.

En 2011-2012, le budget territorial de fonctionnement et d'entretien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut s'élevait à 323 880 000 $, après les crédits supplémentaires[5]. Plus du quart du budget de fonctionnement total du Ministère est affecté aux coûts de déplacement à des fins médicales et aux traitements fournis dans des établissements hors du territoire. La très faible densité de population de ce vaste territoire et l'infrastructure restreinte en matière de santé (p. ex. services de diagnostic) obligent souvent les habitants à quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et services spécialisés. Un montant supplémentaire de 34 861 000 $ a été alloué au Ministère pour des projets d'immobilisations[6].

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le Ministère administre les régimes d'assurance-santé du Nunavut à titre non lucratif, y compris les services médicaux et les services hospitaliers.

La *Loi sur l'assurance-maladie* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé.

Le Ministère possède trois bureaux régionaux qui administrent la prestation des services de santé à l'échelle régionale. Les activités d'Iqaluit sont gérées séparément. Le Ministère a maintenu des activités régionales dans chaque région du Nunavut afin d'appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation d'une vaste gamme de programmes et de services communautaires de santé et de services sociaux.

Aucune modification législative n'a été apportée au cours de l'exercice 2011-2012.

1.2 Liens hiérarchiques

Les lois du Nunavut régissant l'administration de la santé et des services sociaux ont été transférées des Territoires du Nord-Ouest, en vertu de la *Loi sur le Nunavut*. La *Loi sur l'assurance-maladie* définit qui est admissible au régime d'assurance-santé du Nunavut ainsi que le paiement des

1. Statistique Canada, 2012, http://www12.statcan.ca/census-recensement/index-fra.cfm (profil du Recensement de 2011 de Statistique Canada en date du 24 octobre 2012).
2. Statistique Canada, 2012, http://www12.statcan.ca/census-recensement/index-fra.cfm (profil du Recensement de 2011 de Statistique Canada en date du 24 octobre 2012).
3. Gouvernement du Nunavut, Plan d'activités 2011-2014.
4. Gouvernement du Nunavut, Plan d'activités 2011-2014.
5. Gouvernement du Nunavut, crédits supplémentaires pour l'exercice s'étant terminé le 31 mars 2012.
6. Gouvernement du Nunavut, Budget principal des dépenses pour l'exercice s'étant terminé le 31 mars 2012.

prestations pour les services médicaux assurés. En vertu du paragraphe 23(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre responsable de la Loi doit nommer un directeur de l'assurance-santé. Celui-ci est responsable de l'application de la Loi et de son Règlement. En vertu de l'article 24, le directeur doit présenter un rapport annuel sur les activités du régime d'assurance-santé du Nunavut au ministre, qui le dépose à l'Assemblée législative.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Nunavut, 1999). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Nunavut. Le plus récent rapport de vérification a été publié le 5 décembre 2011.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Au Nunavut, les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son Règlement. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou à son Règlement en 2011-2012.

En 2011-2012, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 28 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général (Iqaluit), deux établissements de santé régionaux (Rankin Inlet et Cambridge Bay), 22 centres de santé communautaire, un établissement de santé publique (Iqaluit) et une clinique de médecine familiale (Iqaluit). Des services de réadaptation sont également offerts au Centre Timimut Ikajuksivik d'Iqaluit.

L'Hôpital général Qikiqtani est actuellement le seul établissement de soins de courte durée au Nunavut qui offre une gamme de services hospitaliers aux patients hospitalisés et aux patients externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Il offre en tout temps des services d'urgence, des soins aux patients hospitalisés (y compris des soins obstétricaux, pédiatriques et palliatifs), des services chirurgicaux, de laboratoire, d'imagerie diagnostique et d'inhalothérapie et produit des dossiers médicaux et de l'information sur la santé.

Lorsqu'ils auront réussi à recruter d'autres médecins, les deux établissements régionaux à Rankin Inlet et Cambridge Bay seront en mesure d'offrir un plus large éventail de services aux patients hospitalisés et aux patients externes. Présentement, l'établissement situé à Rankin Inlet offre en tout temps des soins aux patients hospitalisés. Les soins aux patients externes sont fournis par des employés sur appel. L'établissement de Cambridge Bay offre un service de clinique quelques heures par jour et des soins d'urgence sur appel 24 heures par jour. De plus, le nombre de lits de maternité dans les deux établissements est limité. Des services de santé publique sont également fournis dans les cliniques de santé publique qui sont situées à Rankin Inlet et à Iqaluit.

D'autres centres de santé communautaires fournissent des services de santé, des services de consultation externe et des services de traitement d'urgence. Le Ministère exploite également une clinique de médecine familiale à Iqaluit. La clinique, établie en 2006 avec l'appui du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, a contribué à alléger les pressions subies par les services d'urgence et de consultation externe de l'hôpital général Qikiqtani pendant les heures ouvrables. La clinique offre de façon régulière des rendez-vous et des programmes de soins primaires, comme la clinique du diabète, et reçoit un soutien médical grâce à la présence d'un médecin de deux à trois journées par mois. Présentement, la clinique compte trois infirmières praticiennes.

Le Ministère est responsable de l'autorisation, de l'inspection et de la supervision de tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire, ainsi que de la délivrance de permis. Les services assurés fournis aux patients hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles; les services de psychiatrie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les services aux patients externes sont les suivants : les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie ainsi que certains services d'audiologie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier agréé. Le Ministère peut décider d'ajouter des services assurés dans ses établissements, en fonction de la disponibilité des ressources et du matériel ainsi que de la faisabilité générale du projet, conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2011-2012.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du Règlement sur les soins médicaux prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ni au Règlement en 2011-2012. La *Loi sur les infirmières et infirmiers* autorise la délivrance de permis d'exercice aux infirmières praticiennes et aux infirmiers praticiens du Nunavut, leur permettant ainsi de fournir des services médicaux assurés dans le territoire.

Les médecins doivent être membres en règle d'un collège des médecins et chirurgiens du Canada et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère actuellement ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut recrute et embauche ses propres médecins de famille et, la plupart du temps, recourt aux centres spécialisés d'Ottawa, de Winnipeg et de Yellowknife pour les services de spécialistes. Le recrutement de médecins de famille à temps plein s'est considérablement amélioré et le Ministère finance 25 postes de médecins de famille, ce qui correspond à plus de 5 000 jours de services annuellement dans l'ensemble du territoire.

Il y a au total 26 postes de médecins à temps plein au Nunavut (16 dans la région de Baffin; 7,5 dans la région de Kivalliq; 2,5 dans la région de Kitikmeot). Il y a 1,5 chirurgien généraliste, un anesthésiste et un pédiatre à l'Hôpital général Qiqiktani). Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec chacune des trois régions du Ministère. Le médecin peut choisir de recevoir des honoraires en dehors du régime d'assurance-santé, conformément aux alinéas 12(2)*a*) ou 12(2)*b*) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur. Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle une lettre à cet effet a été remise au directeur. En 2011-2012, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix mentionné ci-dessus.

Tous les médecins qui exercent au Nunavut ont signé un contrat avec le Ministère.

Le terme « services médicaux assurés » désigne tous les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Lorsque des services assurés ne sont pas offerts dans certaines régions du Nunavut, les patients sont dirigés vers une autre province ou territoire pour les obtenir. Le Nunavut a conclu des ententes de services de santé avec des centres de services médicaux et de traitement à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Yellowknife et Edmonton. C'est vers ces endroits à l'extérieur du territoire que le Nunavut oriente la plupart du temps ses patients qui ont besoin de services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou l'élimination de services médicaux assurés doit être approuvé par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-santé participe à des négociations avec un groupe de médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2011-2012, aucun service médical assuré n'a été ajouté ni éliminé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés au titre du régime d'assurance-santé du territoire doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation qui lui permettra de facturer au régime les services dentaires assurés qu'il a fournis.

Les services dentaires assurés se limitent aux interventions de chirurgie dentaire prévues dans le Règlement, qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. la chirurgie orthognatique). Des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux viennent régulièrement au Nunavut; toutefois, dans de rares cas, lorsqu'il y a des complications médicales, le patient est transporté par avion à l'extérieur du territoire.

Le gouvernement doit approuver tout ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2011-2012.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés sont les suivants : les examens physiques annuels; la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les médicaments d'ordonnance; les examens physiques demandés par un tiers; les services d'optométrie; les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture et les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement autre qu'un établissement de consultation externe assuré (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont les suivants : les frais hospitaliers excédant le tarif de l'hébergement en salle commune, pour une chambre privée ou semi-privée; les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme

la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à un autre); les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire et les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

À l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non-Canadiens était de 2 122 $ en 2011-2012.

Dans le cas des résidents envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de la province ou du territoire qui fournit les services lorsque ces services peuvent entraîner des frais supplémentaires, et ce, seulement dans la mesure où ces frais sont couverts par le régime d'assurance-santé du Nunavut (voir 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées au cas par cas avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (SSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et des Inuits du Nunavut. Le SSNA paie une quote-part pour les déplacements aux fins médicales, l'hébergement et les repas en pension (à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton, Yellowknife et Iqaluit), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi que pour un certain nombre d'autres services connexes.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), (2) et (3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Ministère respecte l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ni à son Règlement en 2011-2012.

Sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus, tous les habitants du Nunavut sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. Un résident est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et habituellement présente au Nunavut, à l'exception des touristes et des personnes de passage ou en visite au Nunavut. Les demandes d'inscription au régime sont acceptées et les demandeurs doivent produire des documents confirmant leur statut de résident. Les personnes admissibles reçoivent une carte Santé portant un numéro qui leur est propre.

Pour s'inscrire au régime, il faut présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Afin de simplifier le traitement des documents, le Nunavut a adopté un processus de renouvellement échelonné en 2006. Aucune prime n'est exigible. Il faut être inscrit pour avoir droit à la couverture du régime d'assurance-santé du Nunavut. Toutefois, lorsqu'un résident admissible n'est pas couvert par le régime, tout est mis en œuvre pour l'y inscrire. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

La couverture commence généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée au Nunavut, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex. un nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens de retour au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents de retour au pays et les non-Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont aussi couverts immédiatement.

Les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)[7], ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils ont droit à la couverture du régime d'assurance-santé du Nunavut le premier jour de leur cessation d'emploi ou de leur libération.

Conformément à l'article 7 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent temporairement au Nunavut sans y établir leur résidence demeurent inscrites au régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire d'origine pendant une période maximale d'un an.

Le 31 mars 2012, 35 893 personnes étaient inscrites au régime d'assurance-santé du Nunavut, soit 378 personnes de plus que l'année précédente. Aucune disposition officielle ne prévoit le retrait des habitants du Nunavut du régime d'assurance-santé.

3.2 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (à une exception près) ne sont pas admissibles au régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15

7. À l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, du gouvernement fédéral, le 29 juin 2012, la *Loi canadienne sur la santé* a été modifiée de manière à ce que les membres de la GRC soient couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires. Au moment de la compilation des données du présent rapport, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux tenaient des consultations au sujet des modifications à apporter aux lois sur la santé des provinces et des territoires pour que les membres de la GRC soient assurés dans le cadre des régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires.

des lignes directrices des Territoires du Nord-Ouest sur l'inscription au régime d'assurance-santé, adopté par le Nunavut en 1999.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En vertu de l'article 3 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, lors d'un déménagement au Canada, la période d'attente dure trois mois ou jusqu'au premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une autre province ou un autre territoire; cette dernière période d'attente s'applique également lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide de s'établir en permanence au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* détermine les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5*d*) et 28(1)*j*) et *o*) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de santé aux habitants du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2011-2012, aucune modification législative ou réglementaire n'a été apportée concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les étudiants qui font des études à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurés. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les personnes assurées doivent présenter une demande écrite au directeur pour faire approuver une absence temporaire d'au plus un an pour le travail, les vacances ou d'autres raisons. Le directeur peut approuver des absences de plus de douze mois consécutifs, à la réception d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux conditions de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1er janvier 2001.

Le Nunavut participe aux ententes de facturation réciproque des services médicaux et des services hospitaliers. En outre, des ententes bilatérales spéciales ont été conclues avec l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus par les habitants admissibles du Nunavut à l'extérieur du territoire. Les tarifs prévus pour les interventions onéreuses, les services de néonatologie et les services aux patients externes reposent sur ceux qui sont établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Un accord spécial entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, reposant sur une approche de financement global, permet au Stanton Hospital de Yellowknife de fournir des services aux habitants du Nunavut, à l'hôpital même ou dans la région de Kitikmeot (la partie ouest du territoire), par l'entremise de spécialistes itinérants.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés pour le compte des habitants admissibles du Nunavut qui reçoivent des services assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province d'accueil, aux tarifs établis par cette dernière.

4.3 Couverture durant des séjours temporaires à l'extérieur du Canada

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1)*j*) et *o*) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des services fournis à l'étranger aux résidents du Nunavut. Durant un séjour temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Lorsqu'un résident est dirigé vers un établissement à l'extérieur du pays pour des interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada, le territoire en assume la totalité des frais. Dans le cas de services non urgents ou n'ayant pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement est de 2 122 $ par jour pour les services hospitaliers et de 270 $ pour les services aux patients externes. Par rapport à 2011-2012, ces montants ont augmenté respectivement de 76 $ et de 10 $.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles durant un séjour temporaire à l'étranger sont payés aux tarifs en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est versé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est nécessaire pour recevoir des services facultatifs dans des établissements privés au Canada ou dans n'importe quel établissement à l'étranger.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit aux médecins de facturer des frais supplémentaires, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du Nunavut fournit une aide aux déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation en inuktitut sont également offerts aux patients dans les milieux de soins.

L'Hôpital général Qikiqtani, à Iqaluit, est le seul établissement hospitalier de soins de courte durée en activité au Nunavut. Cet hôpital compte au total 35 lits pour les soins de courte durée, les soins de réadaptation, les soins palliatifs et les soins aux malades chroniques. Présentement, 20 lits pour usage général sont utilisés compte tenu de la capacité et des besoins. L'hôpital compte aussi quatre chambres de naissance et six lits pour les chirurgies d'un jour. L'hôpital fournit des services aux patients hospitalisés et externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de l'établissement assurent les services d'urgence à tour de rôle. L'hôpital offre une clinique de soins ambulatoires et externes, certains services de soins intensifs, de même que des soins médicaux généraux, des soins de maternité et des soins palliatifs. On y pratique des interventions chirurgicales mineures en orthopédie, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie abdominale générale, en traumatologie d'urgence et en oto-rhino-laryngologie. Les patients qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont envoyés ailleurs au Canada. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont offerts uniquement à Iqaluit. Même si les postes d'infirmières et d'autres professionnels de la santé n'étaient pas tous comblés, tous les services essentiels de soins de courte durée, de santé publique, de soins dentaires et de santé mentale ont été fournis en 2011-2012.

À l'extérieur d'Iqaluit, des centres de santé locaux situés dans les 24 autres communautés du Nunavut offrent des services infirmiers d'urgence, 24 heures sur 24, aux patients externes. Des services de télésanté sont disponibles dans les 25 communautés du Nunavut. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté dans le système de prestation de soins primaires, permettant ainsi aux habitants du Nunavut d'avoir plus facilement accès à une gamme plus étendue d'options de services et aux fournisseurs de services et aux communautés d'utiliser les ressources plus efficacement.

Le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre d'autorités de santé régionales à l'extérieur du territoire et avec des établissements particuliers à l'égard de la prestation de services par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé itinérants. Les services spécialisés suivants ont été offerts au Nunavut en 2011-2012 dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie, chirurgie buccale et allergologue. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

Le réseau de télésanté du Nunavut, qui relie l'ensemble des 25 communautés, permet la prestation à distance d'une vaste gamme de services, par exemple, des consultations de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; les services de réadaptation; les séances de counseling sur une base régulière; les visites d'un membre de la famille; l'enseignement médical continu.

Lorsque le matériel et les services ne sont pas accessibles au Nunavut, les patients sont dirigés vers d'autres provinces ou territoires.

5.2 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui travaillent à temps plein au Nunavut sont rémunérés en vertu d'un contrat avec le Ministère, qui en fixe les modalités. Les médecins consultants itinérants sont rémunérés à la journée ou à l'acte.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement de l'Hôpital général Qiqiktani, des établissements de santé régionaux et des centres de santé communautaire est versé dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement du Nunavut.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Les communiqués de presse et la couverture médiatique permettent d'informer les Nunavummiut au sujet des contributions fédérales en cours. Le gouvernement du Nunavut a également fait état de la contribution fédérale reçue au titre du Transfert canadien en matière de santé dans diverses publications, y compris les documents suivants publiés en 2011-2012 :

- Discours du budget de 2011-2012;
- Plan d'activités du gouvernement du Nunavut de 2011-2014.

PERSONNES INSCRITES					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
1. Nombre en date du 31 mars (#)	31 412	32 207	33 540	35 515 [8]	35 893

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
2. Nombre (#)	28	28	28	28	28
3. Paiements pour des services de santé assurés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés ($)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	2 255	2 841	2 890	2 924	3 406
7. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	19 001 348	26 481 948	30 013 566	28 527 577	38 486 274
8. Nombre total de demandes – malades externes (#)	15 192	19 579	18 270	18 352	22 725
9. Total des paiements – malades externes ($)	3 659 654	6 631 568	5 985 808	6 318 885	8 975 802
SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#)	0	0	0	0	0
11. Total des paiements – malades hospitalisés ($)	0	0	0	0	0
12. Nombre total de demandes – malades externes (#)	0	0	0	0	0
13. Total des paiements – malades externes ($)	0	0	0	0	0

8. L'écart entre le nombre de résidents du Nunavut inscrits et le nombre qui sont protégés par le régime d'assurance-santé du Nunavut s'explique par des délais dans le rapprochement des données relatives aux résidents ayant quitté le territoire.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
14. Nombre de médecins participants (#)	156	218	225	225	375
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte ($) [9]	2 158 549	1 021 829	300 980	312 786	334 539

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
19. Nombre de services (#)	53 022	65 171	72 065	73 564	75 108
20. Total des paiements ($)	3 845 570	4 768 388	5 585 067	5 901 962	6 393 341
SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
21. Nombre de services (#)	15	36	17	53	22
22. Total des paiements ($)	796	2 458	4 848	1 575	963

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
23. Nombre de dentistes participants (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
24. Nombre de services fournis (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Total des paiements ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

9 Le Nunavut ne rémunère habituellement pas les médecins à l'acte. La majorité des médecins reçoivent plutôt un salaire en vertu d'un contrat. Les renseignements statistiques sur les médecins salariés sont recueillis grâce au système de facturation pro forma.

ANNEXE A

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs. Une codification administrative est une interprétation de la Loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la Loi. Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs est le seul règlement prévu par la Loi. En vertu de ce Règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réellement facturés afin de permettre le rapprochement avec les frais estimatifs éventuels. Le Règlement est également présenté sous forme de codification administrative. Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour le 8 juillet 2012. La présente codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* n'est préparée que pour la commodité du lecteur. Veuillez communiquer avec le ministère de la Justice pour obtenir la version officielle.

CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S.C., 1985, c. C-6

L.R.C., 1985, ch. C-6

Current to July 8, 2012

Last amended on June 29, 2012

À jour au 8 juillet 2012

Dernière modification le 29 juin 2012

Published by the Minister of Justice at the following address:
http://laws-lois.justice.gc.ca

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
http://lois-laws.justice.gc.ca

OFFICIAL STATUS OF CONSOLIDATIONS

Subsections 31(1) and (2) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31. (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

Inconsistencies in Acts

(2) In the event of an inconsistency between a consolidated statute published by the Minister under this Act and the original statute or a subsequent amendment as certified by the Clerk of the Parliaments under the *Publication of Statutes Act*, the original statute or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

NOTE

This consolidation is current to July 8, 2012. The last amendments came into force on June 29, 2012. Any amendments that were not in force as of July 8, 2012 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

CARACTÈRE OFFICIEL DES CODIFICATIONS

Les paragraphes 31(1) et (2) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1er juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31. (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

Incompatibilité — lois

(2) Les dispositions de la loi d'origine avec ses modifications subséquentes par le greffier des Parlements en vertu de la *Loi sur la publication des lois* l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi codifiée publiée par le ministre en vertu de la présente loi.

NOTE

Cette codification est à jour au 8 juillet 2012. Les dernières modifications sont entrées en vigueur le 29 juin 2012. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 8 juillet 2012 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

R.S.C., 1985, c. C-6

L.R.C., 1985, ch. C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Preamble

WHEREAS the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

AND WHEREAS the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

NOW, THEREFORE, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

Short title

1. This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

TITRE ABRÉGÉ

Titre abrégé

1. *Loi canadienne sur la santé.*

1984, ch. 6, art. 1.

INTERPRETATION

Definitions

2. In this Act,

"Act of 1977" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"cash contribution" *« contribution pécuniaire »*

"cash contribution" means the cash contribution in respect of the Canada Health Transfer that may be provided to a province under sections 24.2 and 24.21 of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

"contribution" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"dentist" *« dentiste »*

"dentist" means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

"extended health care services" *« services complémentaires de santé »*

"extended health care services" means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

(*a*) nursing home intermediate care service,

(*b*) adult residential care service,

(*c*) home care service, and

(*d*) ambulatory health care service;

"extra-billing" *« surfacturation »*

"extra-billing" means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

"health care insurance plan" *« régime d'assurance santé »*

"health care insurance plan" means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

« assuré » *"insured person"*

«assuré» Habitant d'une province, à l'exception :

a) des membres des Forces canadiennes;

b) [Abrogé, 2012, ch. 19, art. 377]

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

«contribution» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution pécuniaire » *"cash contribution"*

«contribution pécuniaire» La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé qui peut être versée à une province au titre des articles 24.2 et 24.21 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

« dentiste » *"dentist"*

«dentiste» Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

« frais modérateurs » *"user charge"*

«frais modérateurs» Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables,

"health care practitioner" *« professionnel de la santé »*

"health care practitioner" means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

"hospital" *« hôpital »*

"hospital" includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(*a*) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(*b*) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

"hospital services" *« services hospitaliers »*

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(*a*) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(*b*) nursing service,

(*c*) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(*d*) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(*e*) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(*f*) medical and surgical equipment and supplies,

(*g*) use of radiotherapy facilities,

(*h*) use of physiotherapy facilities, and

(*i*) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

"insured health services" *« services de santé assurés »*

"insured health services" means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province, other than amounts payable on account of the provision of those services that are in excess of the amounts payable therefor under provincial health insurance plans, except amounts payable on account of the provision of those services that are excluded by the regulations;

soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

« habitant » *"resident"*

«habitant» Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« hôpital » *"hospital"*

«hôpital» Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception:

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

«loi de 1977» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« médecin » *"medical practitioner"*

«médecin» Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« ministre » *"Minister"*

«ministre» Le ministre de la Santé.

« professionnel de la santé » *"health care practitioner"*

«professionnel de la santé» Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« régime d'assurance-santé » *"health care insurance plan"*

«régime d'assurance-santé» Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« services complémentaires de santé » *"extended health care services"*

«services complémentaires de santé» Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir:

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

ture of a province that relates to workers' or workmen's compensation;

"insured person" « *assuré* »

"insured person" means, in relation to a province, a resident of the province other than

(*a*) a member of the Canadian Forces,

(*b*) [Repealed, 2012, c. 19, s. 377]

(*c*) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the *Penitentiary Act*, or

(*d*) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;

"medical practitioner" « *médecin* »

"medical practitioner" means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;

"Minister" « *ministre* »

"Minister" means the Minister of Health;

"physician services" « *services médicaux* »

"physician services" means any medically required services rendered by medical practitioners;

"resident" « *habitant* »

"resident" means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

"surgical-dental services" « *services de chirurgie dentaire* »

"surgical-dental services" means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;

"user charge" « *frais modérateurs* »

"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11; 2012, c. 19, ss. 377, 407.

« services de chirurgie dentaire » "*surgical dental services*"

«services de chirurgie dentaire» Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement.

« services de santé assurés » "*insured health services*"

«services de santé assurés» Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.

« services hospitaliers » "*hospital services*"

«services hospitaliers» Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

b) les services infirmiers;

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;

g) l'usage des installations de radiothérapie;

h) l'usage des installations de physiothérapie;

i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

« services médicaux » "*physician services*"

«services médicaux» Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

« surfacturation » "*extra billing*"

«surfacturation» Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un

service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11; 2012, ch. 19, art. 377 et 407.

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Primary objective of Canadian health care policy

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

Objectif premier

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

PURPOSE

RAISON D'ÊTRE

Purpose of this Act

4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

Raison d'être de la présente loi

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

CASH CONTRIBUTION

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Cash contribution

5. Subject to this Act, as part of the Canada Health Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36; 2012, c. 19, s. 408.

Contribution pécuniaire

5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (ci-après, «Transfert»).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36; 2012, ch. 19, art. 408.

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

PROGRAM CRITERIA

CONDITIONS D'OCTROI

Program criteria

7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

(*a*) public administration;

(*b*) comprehensiveness;

(*c*) universality;

(*d*) portability; and

Règle générale

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à:

a) la gestion publique;

b) l'intégralité;

c) l'universalité;

d) la transférabilité;

(*e*) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Public administration

8. (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(*a*) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

(*b*) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(*c*) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Gestion publique

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

(*a*) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(*b*) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Comprehensiveness

9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Intégralité

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universality

10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the in-

Universalité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

sured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Portability

11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(*a*) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(*b*) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(*c*) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective in-

Transférabilité

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé:

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province:

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de

sured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

Definition of "elective insured health services"

(3) For the purpose of subsection (2), "elective insured health services" means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

Accessibility

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

(*a*) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(*b*) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(*c*) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(*d*) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(*c*) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(*a*) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(*b*) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred

santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Définition de « services de santé assurés facultatifs »

(3) Pour l'application du paragraphe (2), « services de santé assurés facultatifs » s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Accessibilité

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)*c*) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa *a*), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les or-

to in paragraph (*a*), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(*c*) that a decision of a panel referred to in paragraph (*b*) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

ganisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa *b*), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

Conditions

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(*a*) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

(*b*) shall give recognition to the Canada Health Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37; 2012, c. 19, s. 409(E).

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37; 2012, ch. 19, art. 409(A).

DEFAULTS

Referral to Governor in Council

14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(*a*) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(*b*) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

MANQUEMENTS

Renvoi au gouverneur en conseil

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

(*a*) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(*b*) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(*c*) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Where no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Order reducing or withholding contribution

15. (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(*a*) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(*b*) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Décret de réduction ou de retenue

15. (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret:

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans

first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

Extra-billing

18. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19. (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Limitation

(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Nouvelle application des réductions ou retenues

16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19. (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou

moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Deduction for extra-billing

20. (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Déduction en cas de surfacturation

20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

Application aux exercices ultérieurs

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

REGULATIONS

RÈGLEMENTS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(*a*) defining the services referred to in paragraphs (*a*) to (*d*) of the definition "extended health care services" in section 2;

(*b*) prescribing the services excluded from hospital services;

(*c*) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(*a*) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(*d*) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health Transfer is required to be given under paragraph 13(*b*).

Règlements

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas *a*) à *d*) de la définition de « services complémentaires de santé » à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13*a*) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13*b*).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(*a*) or (*b*) except with the agreement of each of the provinces.

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)*a*) ou *b*) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(*a*) if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)*a*) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(*c*) or (*d*) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40; 2012, c. 19, s. 410(E).

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)*c*) ou *d*) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40; 2012, ch. 19, art. 410(A).

REPORT TO PARLIAMENT

RAPPORT AU PARLEMENT

Annual report by Minister

23. The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the

Rapport annuel du ministre

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de

next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.

CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

Published by the Minister of Justice at the following address:
http://laws-lois.justice.gc.ca

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
http://lois-laws.justice.gc.ca

OFFICIAL STATUS OF CONSOLIDATIONS

Subsections 31(1) and (3) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31. (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

...

Inconsistencies in regulations

(3) In the event of an inconsistency between a consolidated regulation published by the Minister under this Act and the original regulation or a subsequent amendment as registered by the Clerk of the Privy Council under the *Statutory Instruments Act*, the original regulation or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

CARACTÈRE OFFICIEL DES CODIFICATIONS

Les paragraphes 31(1) et (3) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1er juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31. (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

[...]

Incompatibilité — règlements

(3) Les dispositions du règlement d'origine avec ses modifications subséquentes enregistrées par le greffier du Conseil privé en vertu de la *Loi sur les textes réglementaires* l'emportent sur les dispositions incompatibles du règlement codifié publié par le ministre en vertu de la présente loi.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(A) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the *Extra-billing and User Charges Information Regulations*.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,

"Act" means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13(*a*) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(*a*) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(*b*) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13*A*) DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« exercice » La période commençant le 1er avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

« Loi » La *Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

« ministre » Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13*a*) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. For the purposes of paragraph 13(*a*) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(*a*) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(*b*) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. Pour l'application de l'alinéa 13*a*) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

TIMES AND MANNER OF FILING INFORMATION

5. (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(*a*) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(*a*) and 4(*a*), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(*b*) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(*b*) and 4(*b*), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(*a*) and 4(*a*) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3*a*) et 4*a*), avant le 1er avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3*b*) et 4*b*), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3*a*) et 4*a*), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

ANNEXE B

ÉNONCÉS DE POLITIQUES LIÉES À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

LETTRE « EPP »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

POLITIQUE FÉDÉRALE SUR LES CLINIQUES PRIVÉES

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985
OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les

services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province on droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en

prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La Loi ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La Loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La Loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'œuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en œuvre la Loi sans animosité et sans conflit. Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en œuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La Loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la Loi de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la Loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la Loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

January 6, 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la Loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de note réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires. De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la Loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient an séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons

touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit ou ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

> d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en œuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la Loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la Loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

> « ...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé

ANNEXE C

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gou-vernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Minister of Health | Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Édifice Legislature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avecle processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitabe, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadiennesur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Sané concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

FICHE D'INFORMATION : PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés la *Loi canadienne sur la santé*;
- utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

Règlement des différends lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit; et
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

COORDONNÉES DES MINISTÈRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Ministère de la Santé et des Services communautaires
Édifice Confederation
B.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6
(709) 729-5021
www.gov.nl.ca/health

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6414
www.gov.pe.ca/health

NOUVELLE-ÉCOSSE

Ministère de la Santé et Mieux-être
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
(902) 424-5818
1-800-387-6665 (sans frais)
1-800-670-8888 (TTY/ATS)
http://novascotia.ca/DHW

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la Santé
B.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
(506) 457-4800
www.gnb.ca/0051/index-f.asp

QUÉBEC

Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
(418) 266-7005
www.msss.gouv.qc.ca

ONTARIO

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3
1-800-268-1153
www.health.gov.on.ca

MANITOBA

Santé Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.manitoba.ca/health

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
1-800-667-7766
www.health.gov.sk.ca

ALBERTA

Alberta Health
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton, AB T5J 2N3
(780) 427-7164
www.health.alberta.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Ministère de la Santé
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
Sans frais en C.B. : 1-800-465-4911
À Victoria : 250-952-1742
www.gov.bc.ca/health

YUKON

Health and Social Services
Box 2703
Financial Plaza
Whitehorse, YT Y1A 2C6
1-867-667-5209
www.hss.gov.yk.ca/

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413
www.hlthss.gov.nt.ca

NUNAVUT

Ministère de la Santé et des Services sociaux
C.P. 1000, succursale 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
www.gov.nu.ca/health/